

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra



Mestrado em Farmácia

Especialização em Farmacoterapia Aplicada

TRABALHO DE PROJETO ORIGINAL II

Impacto das Doenças Dermatológicas na
Qualidade de Vida: Dermatology Life Quality
Index e EuroQol 5D - Correlação

Ana Sofia Marques Batista

Coimbra, DEZEMBRO 2016

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

Mestrado em Farmácia

Especialização em Farmacoterapia Aplicada

TRABALHO DE PROJETO ORIGINAL II

Impacto das Doenças Dermatológicas na Qualidade de Vida:
Dermatology Life Quality Index e EuroQol 5D - Correlação

Aluno: Ana Sofia Marques Batista

Orientador: Professora Doutora Ana Paula Gomes Fonseca

Coimbra, Dezembro 2016

Agradecimentos

A realização desta dissertação de mestrado contou com importantes apoios e incentivos, sem os quais não se teria tornado uma realidade e aos quais estarei eternamente grata.

À Professora Doutora Paula Fonseca, minha orientadora, pelo apoio, disponibilidade, colaboração e incentivo.

À Professora Clara Rocha, por toda a colaboração e apoio no tratamento de dados e estatística.

Ao Doutor Pedro Masson Poiars Batista, médico dermatologista, que se disponibilizou de imediato a colaborar no meu trabalho, quer na divulgação dos meus questionários pelos seus utentes, nos locais onde exerce as suas funções (Sanfil-Casa de Saúde Santa Filomena, Hospital Arcebispo João Crisóstomo e Santa Casa da Misericórdia de Leiria), quer no esclarecimento de algumas questões técnicas que se levantaram.

Ao Instituto Politécnico de Coimbra e à Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, que ajudaram imenso na divulgação do questionário pela população escolar.

À Associação Lúpus Portugal, na pessoa de Marta Branco; ao Grupo Psoríase Portugal, na pessoa de Ismael Guimarães; ao Grupo Vitiligo em Portugal e à PSOPortugal-Associação Portuguesa da Psoríase, por toda a disponibilidade e interesse demonstrado na divulgação do meu questionário pelos seus associados e seguidores.

Por último, mas não menos importante, aos meus pais, irmão e restante família, pela ajuda, pelo apoio e paciência e por terem possibilitado este passo na minha formação.

Ao Bruno pela força, incentivo, ajuda e tolerância.

A todos, Obrigada!

Resumo

Introdução: A pele é o maior órgão do corpo humano, tendo a capacidade de se adaptar às variações do meio ambiente e às necessidades do organismo que protege, cobrindo-o na sua totalidade. Trata-se de um órgão multifuncional, complexo e heterogéneo, caracterizado por uma estrutura própria que se apresenta em camadas independentes. Representa 15% do peso corporal, fazendo a comunicação entre o meio interno e o meio externo do corpo e, está ligada aos grandes sistemas de regulação do corpo e da mente. A sociedade em que vivemos impõe padrões de estética e beleza bem demarcados, sendo o objetivo da maioria das pessoas alcançá-los, o que, em pacientes com problemas dermatológicos leva a sentimentos de inadequação e estigma. É por isso de elevado interesse fazer a medição da qualidade de vida nestes pacientes, através do uso de questionários como o DLQI e EQ-5D.

Objetivo: A execução deste estudo teve como objetivo principal a verificação da correlação entre o questionário geral para o estado de saúde, EQ-5D e o questionário específico para doenças de pele, DLQI, a fim de verificar se o EQ-5D é ou não viável no cálculo de ganhos de qualidade de vida para patologias de pele, usando a fórmula, $EQ-5D \text{ utility score} = 0,9297 - [0,0219 \times (DLQI \text{ total score})]$.

Material e métodos: A recolha de dados que suportam este estudo foi efetuada através da pesquisa de artigos nas plataformas *online* Pubmed, Google Académico, b-on e SciELO. A recolha dos dados estatísticos foi realizada com a consentida colaboração dos pacientes maiores de 18 anos e com problemas cutâneos, através do preenchimento dos questionários biográfico, DLQI e EQ-5D em suporte físico e *online* durante o intervalo de tempo entre setembro de 2015 e abril de 2016. Os dados obtidos foram introduzidos e tratados em *Microsoft Office Excel 2007* e *IBM SPSS Statistics 23* tendo posteriormente sido calculados os valores do DLQI e do EQ-5D.

Resultados e discussão: A amostra é constituída por 548 pessoas residentes em Portugal e cuja média de idades total é de 32,96 anos. O DLQI *total score* médio é de 4,6953, o EQ-5D *utility score* real médio obtido através do padrão do Reino Unido é de 0,8503 e o EQ-5D *utility score* obtido através da fórmula é 0,8268. De acordo com os resultados obtidos é viável o uso do EQ-5D no cálculo de ganhos de qualidade de vida para doenças de pele.

Conclusão: O facto das patologias cutâneas se encontrarem expostas traz bastantes implicações relacionadas com a qualidade de vida dos doentes e provocam um enorme impacto psicológico na vida dos pacientes. Para agravar a situação, é notável e ao mesmo tempo incompreensível a falta de informação ainda existente acerca das patologias dermatológicas, o que leva na maior parte das vezes a injustiças e estigmas na forma como os outros lidam com os pacientes.

Palavras-chave: Doenças dermatológicas; Qualidade de vida; DLQI; EQ-5D.

Abstract

Introduction: The skin is the largest organ of the human body, having the ability to adapt to changes in the environment and the needs of the body that protects, covering it in its entirety. This is a multifunctional, complex and heterogeneous organ, characterized by a structure which is presented in independent layers. It represents 15% of body weight, making communication between the internal environment and the external environment of the body and is connected to the major regulatory systems of body and mind. The society in which we live imposes well-demarcated patterns of aesthetics and beauty, with the goal of most people reaching them, which, in patients with dermatological problems leads to feelings of inadequacy and stigma. It is therefore of high interest to make measurements of quality of life in these patients, through the use of questionnaires as DLQI and EQ-5D.

Objective: The implementation of this study aimed to check the correlation between the general questionnaire for health, EQ-5D and the specific questionnaire for skin diseases, DLQI in order to verify that the EQ-5D is or not feasible in calculating quality of life benefits for skin pathologies, using the formula, EQ-5D utility score = $0,9297 - [0,0219 \times (\text{DLQI total score})]$.

Material and methods: The data collection that supports this study was carried out by searching articles in the online platforms Pubmed, Google Scholar, b-on and SciELO. The collection of statistical data was performed with the consent of the patients over 18 years and with skin problems, by completing the biographical, DLQI and EQ-5D questionnaires on physical support and online during the time between September 2015 and April 2016. Data were entered and processed in Microsoft Office Excel 2007 and IBM SPSS Statistics 23 after which the DLQI and EQ-5D values were calculated.

Results and discussion: The sample consists of 548 people living in Portugal and whose total average age is 32,96 years. The DLQI average total score is 4,6953, the EQ-5D average real utility score obtained through the United Kingdom standard is 0,8503 and the EQ-5D utility score obtained by the formula is 0,8268. According to the results obtained the use of EQ-5D in the calculation of quality of life gains for skin diseases is viable.

Conclusion: The fact that skin conditions are exposed has many implications related to patient's quality of life and has a huge psychological impact on patient's lives. To aggravate the situation, it is remarkable and at the same time incomprehensible the lack of information still existent about the dermatological pathologies, which in most cases leads to injustices and stigmas in the way others deal with patients.

Keywords: Dermatological diseases; Quality of life; DLQI; EQ-5D.

Índice

Lista de abreviaturas.....	7
Lista de tabelas e figuras.....	8
1. Introdução.....	9
1.1. Distúrbios cutâneos mais comuns.....	11
1.1.1. Acne.....	11
1.1.2. Alopecia.....	11
1.1.3. Celulite.....	12
1.1.4. Dermatite Atópica.....	12
1.1.5. Dermatite de Contacto.....	12
1.1.6. Dermatite Seborreica.....	13
1.1.7. Estrias.....	13
1.1.8. Fotodermatoses.....	13
1.1.9. Frieiras.....	14
1.1.10. Herpes Labial.....	14
1.1.11. Lúpus Eritematoso.....	14
1.1.12. Pé de Atleta.....	15
1.1.13. Pelos Encravados.....	15
1.1.14. Psoríase.....	15
1.1.15. Rosácea.....	16
1.1.16. Sardas.....	16
1.1.17. Varizes/Derrames.....	16
1.1.18. Vitiligo.....	17
1.2. Dermatology Life Quality Index.....	18
1.3. EuroQol-5D.....	19
2. Material e métodos.....	22
3. Resultados e discussão.....	25
4. Conclusão.....	39
5. Referências bibliográficas.....	42
6. Glossário de patologias.....	50
7. Anexos.....	52
I – Questionário biográfico.....	52
II – Dermatology Life Quality Index.....	56
III – EuroQol-5D-5L.....	58
IV – Modelo de Consentimento Informado.....	61

Lista de abreviaturas

OMS – Organização Mundial de Saúde
QoL – Quality of Life
DA – Dermatite Atópica
DC – Dermatite de Contacto
DS – Dermatite Seborreica
FD – Fotodermatoses
HL – Herpes Labial
LE – Lúpus Eritematoso
PA – Pé de Atleta
PE – Pelos Encravados
DHT – Dihidrotestosterona
UVB – Radiação ultravioleta tipo B
UVA – Radiação ultravioleta tipo A
AINEs – Anti-inflamatórios não esteroides
ADN – Ácido desoxirribonucleico
FPS – Fator de proteção solar
DLQI – Dermatology Life Quality Index
HS – Hidrosadenite Supurativa
EQ-5D – EuroQol 5 Dimensions
HRQoL – Health Related Quality of Life
EUA – Estados Unidos da América
QA – Queratose Actínica
AKQoL – Actinic Keratosis Quality of Life
EQ-VAS – EuroQol Visual Analogue Scale
IVM – Ivermectin
MTZ – Metronidazol
PsC – Psoríase
PsA – Artrite Psoriática
EQ-5D-5L – EuroQol 5 Dimensions 5 Levels
Ex: – Exemplo
MVH – Measurement and Valuation of Health Group
EQ-UK – EuroQol United Kingdom
n.a – não aplicável
n.r – não respondeu
ESTeSC – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra
% – Percentagem
M – Masculino
F – Feminino
HICC – Hydroxyl-Isohexylcyclohexene Carboxaldehyde
n – Número de indivíduos
MNSRM – Medicamentos não sujeitos a receita médica

Lista de tabelas e figuras

Tabela 1: <i>Score</i> atribuído a cada resposta do DLQI.....	24
Tabela 2: <i>Score</i> total do DLQI.....	24
Tabela 3: Características profissionais dos inquiridos.....	25
Tabela 4: Distúrbios cutâneos mais frequentes.....	26
Tabela 5: Perfil dos inquiridos.....	27
Tabela 6: Duração dos distúrbios dermatológicos.....	28
Tabela 7: Alergénios responsáveis pela manifestação da Dermatite de Contacto.....	29
Tabela 8: Principais locais de predominância das lesões.....	30
Tabela 9: Outros problemas cutâneos enunciados.....	32
Tabela 10: Resultados do preenchimento do DLQI.....	33
Tabela 11: Frequência relativamente ao <i>score</i> total do DLQI.....	35
Tabela 12: Resultados do preenchimento do EuroQol-5D-5L.....	36
Tabela 13: Distúrbios cutâneos prevalentes relativamente aos resultados do EuroQol-5D-5L.....	37
 Figura 1: Diagrama de dispersão do valor do EuroQol <i>utility score</i> real e do valor do EuroQol <i>utility score</i> da fórmula.....	 38

1. Introdução

A Dermatologia é a especialidade médica responsável pelo diagnóstico e tratamento das doenças da pele, dos anexos cutâneos (cabelos e unhas) e das mucosas (oral e genital).^{1,2}

A pele é um órgão multifuncional, de composição complicada, que tem a capacidade de se adaptar às variações do meio ambiente e às necessidades do organismo que protege, cobrindo-o na sua totalidade. Trata-se de um órgão complexo e heterogéneo, caracterizado por uma estrutura própria que se apresenta em camadas independentes, a epiderme (poros, pelos, camada queratinizada e terminação nervosa), derme (glândulas sudoríparas e sebáceas, músculo eretor do pelo e folículo piloso) e hipoderme (veias, artérias e tecido adiposo). Representa 15% do peso corporal, faz a comunicação entre o meio interno e o meio externo do corpo e, está ligada aos grandes sistemas de regulação do corpo e da mente. Pode ser considerada um órgão periférico de defesa do sistema imunitário, sendo o sistema imune cutâneo constituído pelo tecido linfóide associado cutâneo, a microvasculatura dérmica, o sistema imune dérmico e o sistema imune funcional cutâneo. Este sistema é de extrema importância para a identificação e proteção do organismo de substâncias próprias e não próprias, que causam reações na pele.³⁻⁷

Existe uma estreita relação entre a pele e o sistema nervoso, pois a pele, como via de comunicação e perceção visível com o mundo externo, exterioriza as emoções, sob a forma de rubor, arrepios, ou mesmo adoecendo. A pele pode ser compreendida como sendo um sistema nervoso externo que comunica com o sistema nervoso interno, uma vez que ambos são formados pela ectoderme e têm em comum neuromoduladores, péptidos e sistemas bioquímicos de informação interna. Uma das funções da pele é representar o indivíduo como ser único, por exemplo, através das impressões digitais, que são diferentes em todos os indivíduos, tendo por isso um papel importante no processo de desenvolvimento da identidade.^{5,8,9}

A sociedade em que vivemos impõe padrões de estética e beleza bem demarcados, sendo o objetivo da maioria das pessoas alcançá-los. Em pacientes com problemas dermatológicos, o sentimento de inadequação e o estigma vivenciado são evidentes diante de tais exigências externas relativamente ao padrão estético criado. Há por isso, por parte do portador, uma sensação de discriminação quanto à aparência física, o que provoca uma grande insatisfação consigo mesmo. O processo de adaptação à doença de pele pode tornar-se um foco causador de

stress, assim como, a própria doença pode agravar-se ou ser consequência desses mesmos episódios.^{5,10}

Muitas vezes, ter uma doença de pele, é interpretado pelos outros como ter falta de higiene, ser feio e contagioso, o que provoca influências negativas na relação com os outros. Neste contexto, ocorre um afastamento bilateral, ou seja, não só o doente é repudiado pela sociedade, como também ele próprio se sente rejeitado e com vergonha, isolando-se devido à baixa auto-estima.^{6,11}

O impacto psicossocial das patologias cutâneas pode levar a um decréscimo significativo no bem-estar emocional, social, escolar ou laboral, e influenciar negativamente na evolução da doença e na resposta aos tratamentos. As patologias e lesões cutâneas possuem baixo nível de mortalidade, o que leva a que se subestime a sua morbilidade e importância como problema de saúde pública. O facto das patologias cutâneas serem visíveis a outras pessoas implica que os pacientes não sofram somente dos efeitos da própria doença, como também da reação que a doença de pele pode provocar nos outros indivíduos.^{1,2,6,12}

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como *“a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*. A qualidade de vida compreende múltiplas dimensões da vida humana como, a dimensão física, psicológica e social, devido ao seu carácter integrador, inter-relacional e multidimensional. São muitos os fatores que influenciam o grau de impacto que as doenças têm na QoL (*Quality of Life*) do doente, nomeadamente, características individuais, história natural da doença, região corporal afetada e duração da doença. Para além disso, fornece informações acerca do bem-estar do paciente, sendo essencial para a avaliação do benefício das intervenções médicas, fornecendo evidências sobre o impacto da doença e do tratamento na vida do paciente. Para medir a QoL recorre-se ao uso de questionários específicos e validados que abrangem a forma como a vida dos pacientes pode ser afetada pela doença.^{6,12-15}

As principais patologias/lesões cutâneas abordadas neste trabalho são a Acne, Alopecia, Dermatite Atópica (DA), Dermatite de Contacto (DC), Dermatite Seborreica (DS), Estrias, Fotodermatoses (FD), Frieiras, Herpes Labial (HL), Lúpus Eritematoso (LE), Pé de Atleta (PA), Pelos Encravados (PE), Psoríase, Rosácea, Sardas, Varizes/Derrames e Vitiligo.

Existe uma linha ténue entre doença e lesão dermatológica. Note-se que neste trabalho são abordadas não só doenças dermatológicas, mas também lesões cutâneas, adotando-se muitas

vezes a denominação de distúrbios ou problemas cutâneos/dermatológicos, como forma de englobar as duas situações.

1.1. Distúrbios cutâneos mais comuns

1.1.1. Acne

A acne é uma doença inflamatória crónica do folículo pilossebáceo que apresenta quatro causas principais, hiperplasia sebácea e hiperseborreia; hiperqueratinização e consequente adesão queratinocitária; colonização de *Propionibacterium acnes* e *Staphylococcus albus* e inflamação com respetiva resposta imunitária. As lesões cutâneas surgem sob a forma de comedões, pápulas, pústulas, nódulos e quistos e localizam-se predominantemente em locais com elevado número de folículos como a face, pescoço, peito e costas. Existem várias formas de acne como, a acne *vulgaris* (mais comum), acne induzida por medicamentos, acne neonatal, acne de contacto, acne mecânica, acne escoriada, acne tropical e acne na gravidez. A higiene da pele acneica é de extrema importância, pois permite eliminar as impurezas da pele, preparar a pele para o tratamento e restabelecer as propriedades fisiológicas do órgão. Os dermocosméticos usados devem ser *oil free* e não comedogénicos. A terapêutica farmacológica recorre ao uso de adapaleno, peróxido de benzoílo, retinoides tópicos e orais, antibióticos sistémicos e antiandrogénios. Outros tratamentos incluem técnicas como *peeling*, dermoabrasão, cirurgia, *laser* ou *fillers* com o objetivo de corrigir e/ou eliminar as cicatrizes.¹⁶⁻²¹

1.1.2. Alopecia

A alopecia é uma doença dermatológica inflamatória crónica, caracterizada pela ausência ou perda de cabelos e /ou pelos (parcial ou total), consequência de alterações no folículo piloso. Ocorre maioritariamente no couro cabeludo, contudo pode acontecer em qualquer local piloso. A alopecia envolve fatores de ordem genética e hereditária. As concentrações de Dihidrotestosterona (DHT) e 5 α -redutase estão aumentadas no couro cabeludo com alopecia, apesar dos níveis de testosterona permanecerem normais. A alopecia pode ser classificada em cicatricial (irreversível e comum em doentes com LE discóide) e não-cicatricial (reversível). Na alopecia não-cicatricial incluem-se a tricotilomania (arrancar o próprio cabelo), o eflúvio telogénico (alterações na fase telogénica), alopecia areata (queda devido à interrupção da síntese do cabelo) e alopecia androgenética (forma mais comum de alopecia, causada por androgénios e fatores genéticos). Os tratamentos usados são a carboxiterapia, intradermoterapia, o implante capilar, minoxidil tópico, finasterida e dutasterida oral (inibidores 5 α -redutase), espironolactona e

antiandrogénios. Como complemento ao tratamento podem usar-se dermocosméticos capilares de forma a revitalizar e fortificar o cabelo.²²⁻²⁴

1.1.3. Celulite

Denominada fibro edema gelóide, a celulite é uma disfunção metabólica localizada do tecido cutâneo e da derme, causada pelo excesso de tecido adiposo retido e por projeções deste na derme. O tecido adiposo subcutâneo é composto por lóbulos de gordura separados por septos de fibras de tecido conjuntivo. As mulheres desenvolvem septos fibrosos orientados perpendicularmente à pele, que puxam a pele para baixo e formam as covinhas que dão o aspeto “casca de laranja” característico da celulite. Por sua vez, os homens possuem septos fibrosos orientados diagonalmente, o que permite manter as células adiposas compactas, ou seja, sem celulite. As regiões mais afetadas são as coxas e os glúteos. O tratamento inclui o uso de ultrassom terapêutico, vacuoterapia, massagem clássica, drenagem linfática, eletrolipólise, dermocosméticos tópicos e transdermoterapia.²⁵⁻³¹

1.1.4. Dermatite Atópica

Doença inflamatória crónica e recidivante, caracterizada por uma disfunção da barreira cutânea e alteração do sistema imunitário, origina lesões eczematosas e pruriginosas associadas a xerose cutânea. Na fase aguda as lesões tendem a ser eritematosas, exsudativas e apresentar pápulas, vesículas e crostas; na fase crónica, é comum haver descamação e liquenificação. É mais frequente em idade pediátrica, mas quando persiste em adulto, tende a ser mais grave. Na fase infantil as lesões localizam-se mais frequentemente na face, tronco e membros, enquanto que, na fase adulta, no pescoço, mãos, braços e pernas. Está muitas vezes associada a outras doenças como asma, rinite e conjuntivite alérgica. A terapêutica aplicada passa pelo uso de hidratantes e emolientes, corticosteroides e imunomoduladores tópicos, anti-histamínicos sistémicos e antagonistas dos recetores dos leucotrienos (montelukaste).³²⁻³⁴

1.1.5. Dermatite de Contacto

A DC é uma reação inflamatória cutânea, resultante da exposição da superfície da pele a algum agente externo. É caracterizada por lesões eczematosas como vesículas e pápulas, que podem provocar eritema, prurido, exsudação, formação de escamas e liquenificação. Pode ser de etiologia alérgica (cosméticos, sais metálicos, germicidas, látex, medicamentos tópicos), ou provocada por uma substância irritativa (detergentes, solventes, sabões). O tratamento não farmacológico passa por evitar o agente causador da DC e pelo uso de cremes de barreira (que evitam o contacto direto do agente externo com a pele). O tratamento farmacológico recorre ao uso de corticosteroides tópicos ou sistémicos e anti-histamínicos.^{3,35}

1.1.6. Dermatite Seborreica

A DS ou caspa oleosa é uma doença inflamatória crónica que ocorre em zonas com grande concentração de glândulas sebáceas (couro cabeludo, face e tronco). Caracteriza-se por placas eritematosas descamativas arredondadas, ovaladas e de cor amarelada, untuosas e aderentes, podendo causar prurido. As causas mais comuns são alterações na composição ou produção de sebo, fungos e suscetibilidade individual. Acomete maioritariamente a três faixas etárias, recém nascidos, adultos e idosos. Na forma infantil ocorre a chamada crosta láctea que depois se pode disseminar para a face, zona da fralda, pescoço, axilas e pregas cutâneas. São usados queratolíticos, corticosteroides e antifúngicos tópicos para controlar a DS. Nas formas mais severas ou resistentes pode recorrer-se à fototerapia com radiação UVB.^{36,37}

1.1.7. Estrias

Lesões eritematosas purpúricas que evoluem para alterações brancas e atróficas. Podem ser consideradas cicatrizes resultantes da lesão dérmica dos tecidos de conexão, nas quais o colagénio cede em resposta às forças tensoras locais. As estrias podem ser causadas por fatores genéticos, mecânicos (rutura intradérmica), hormonais (secreção de relaxina na gravidez) e ainda, alterações em componentes da matriz extracelular (fibrilina, elastina e colagénio). Surgem maioritariamente nas mamas, abdómen, braços, parte inferior das costas, nádegas e coxas, que são locais que experimentam rápidos aumentos de perímetro, ganho ou perda de peso, surtos de crescimento puberal e hipertrofia muscular induzida pelo exercício físico. O tratamento tem por finalidade eliminar o tecido fibroso, substituindo-o por células novas, restabelecendo a elasticidade e a aparência saudável da pele. Utilizam-se *peelings*, *lasers*, retinoides tópicos e esfoliantes químicos, que têm o objetivo de hidratar e estimular a produção de matriz extracelular. O uso de dermocosméticos como forma de prevenção do aparecimento das estrias é recomendado.^{38,39}

1.1.8. Fotodermatoses

As FD resultam da reação cutânea anormal à radiação solar UVA. As FD primárias resultam de distúrbios fotossensíveis idiopáticos ou reações de fotossensibilidade induzidas por fármacos (AINEs, antibióticos, ansiolíticos) ou químicos; as FD secundárias incluem as fotodermatoses resultantes de alterações na reparação do ADN e dermatoses fotoagravadas (LE). Nas áreas expostas à radiação aparece eritema, urticária, edema, eczema ou cicatrizes e lesões como pápulas, vesículas e bolhas. Esta patologia requiere o uso de roupas protetoras e de proteção solar com FPS adequado, devendo evitar as horas de maior exposição solar e, caso seja provocado por

medicamentos ou químicos, evitar o seu uso. Pode ser necessário o uso de anti-histamínicos e corticosteroides tópicos.^{40,41}

1.1.9. Frieiras

Também denominadas de eritema pérmio, as frieiras são lesões inflamatórias, eritematosas ou púrpuras, que causam prurido intenso, dor, sensação de queimadura, picadas e dormência. Surgem devido a uma resposta vascular anormal às temperaturas frias e húmidas em zonas descobertas, normalmente mãos e pés ou devido a doenças como o LE. Deve evitar-se o sobreaquecimento direto; a exposição ao frio e à humidade dos locais afetados, recorrendo ao uso de roupa adequada; e o tabagismo, uma vez que a nicotina amplifica a resposta vasoespástica ao frio e atenua a vasodilatação reflexa induzida pelo frio. Nestes casos é importante a manutenção de uma boa hidratação da pele. Pode recorrer-se ao uso tópico de corticosteroides e, a nível sistémico, substâncias como a nifedipina, amlodipina e hidroxicloroquina (em casos de LE) têm-se demonstrado eficazes.^{42,43}

1.1.10. Herpes Labial

É uma doença viral contagiosa que acomete a pele peribucal, semimucosa labial e mucosa bucal. As infeções periódicas são causadas por fatores internos, como baixa imunidade e externos como frio, *stress* e luz solar. É caracterizado por uma erupção da pele com dor, comichão e vermelhidão, podendo formar bolhas, pápulas, vesículas, úlceras e crosta. Caso as infeções sejam pontuais, recorre-se ao uso de antivirais sob a forma de pensos ou creme; se forem muito recorrentes a terapêutica aconselhada é o uso de antivirais sistémicos.⁴⁴⁻⁴⁶

1.1.11. Lúpus Eritematoso

O LE é uma doença autoimune e multifatorial, caracterizada por um processo inflamatório crónico proveniente de alterações da regulação imunitária, que produz anticorpos que atacam os constituintes celulares. A doença possui várias formas, o LE cutâneo discóide, que afeta só a pele; o LE sistémico, que afeta a pele e os órgãos internos e o LE subagudo que afeta maioritariamente a pele e de forma menos grave os órgãos internos. Na pele, formam-se lesões planas, de cor avermelhada, rósea ou púrpura. Apresentam descamação, pequenos vasos sanguíneos dilatados na superfície e podem ter as bordas mais escuras. As lesões mais antigas podem levar à atrofia cutânea, deixando cicatrizes com perda da cor da pele e dos pelos. As lesões situam-se com maior frequência nas regiões da pele expostas à luz solar, principalmente na face, orelhas, lábios e couro cabeludo. É necessário o uso de proteção solar que se pode associar ao uso de corticosteroides tópicos ou sistémicos, antimaláricos, retinoides sistémicos e imunossuppressores.^{47,48}

1.1.12. Pé de Atleta

O PA ou *tinea pedis* é uma infeção fúngica superficial da pele do pé muito comum nos homens adultos. A infeção é recorrente em ambientes húmidos, pois permitem o crescimento fúngico e é contraída quando se tem contacto com os esporos do fungo. O PA exhibe quatro formas clínicas distintas, interdigital, hiperqueratósica, ulcerativa e vesicular. A primeira forma ocorre no espaço interdigital entre o 4º e 5º dedo do pé sendo recorrente a existência de mau cheiro, prurido, descamação, erosão, hiperqueratose e leucoqueratose. A forma hiperqueratósica afeta a parte plantar e lateral do pé e é caracterizada por descamação, seca e hiperqueratose. A forma ulcerativa está associada a ulcerações maceradas, em carne viva e exsudativas na planta do pé, frequentemente está presente a hiperqueratose e um cheiro ativo, pode ser dolorosa ao ponto de impedir o andar. Na forma vesicular são observadas vesículas na zona circundante ao peito do pé e superfície plantar adjacente. Deve-se alternar o calçado e usar um calçado respirável, usar um pó, *spray* ou creme antitranspirante de forma a evitar a humidade no pé. O tratamento farmacológico recorre ao uso de antifúngicos tópicos e orais.^{49,50}

1.1.13. Pelos Encravados

Os PE ou pseudofoliculite são uma desordem crónica inflamatória que ocorre quando o terminal do pelo, normalmente os grossos e encaracolados, extravasa do folículo piloso e penetra num ângulo de 90° na derme, criando uma inflamação que pode provocar pápulas eritematosas pruriginosas e dolorosas, pústulas, nódulos ou abscessos. A pseudofoliculite ocorre nos locais de crescimento do pelo, como barba, região púbica, axilas, peito, costas ou pernas, devido ao barbear ou depilação. Deve deixar-se crescer o pelo e retirar o pelo encravado com a ajuda de uma agulha esterilizada, caso não seja possível ou a situação se torne mais grave, deve consultar o médico.⁵¹⁻⁵³

1.1.14. Psoríase

A psoríase é uma doença crónica, não contagiosa, geneticamente determinada e que envolve alterações no funcionamento do sistema imunitário, que provocam inflamação e aumento da velocidade de renovação das células da epiderme. Afeta principalmente os cotovelos, joelhos, região lombar e couro cabeludo, mas pode estender-se às unhas e também levar ao desenvolvimento de artrite psoriática. As lesões manifestam-se por placas avermelhadas, espessas e descamativas. Para além da psoríase em placas ou *vulgaris*, existem outros tipos, a gutata, inversa, eritrodérmica e com pústulas. A psoríase gutata origina lesões em forma de gota, normalmente em crianças e jovens, podendo surgir na sequência de uma faringite e tratar-se de um episódio isolado, ou evoluir para psoríase *vulgaris*. A psoríase inversa surge nas pregas

cutâneas, como axilas, virilhas e região inframamária e as lesões não têm descamação. A psoríase eritrodérmica atinge toda a superfície corporal, na qual a pele adquire uma cor avermelhada e inflamada. A psoríase com pústulas é caracterizada pelo aparecimento de pústulas nas regiões palmo-plantares com surgimento de descamação e fissuras, febre e mau estar. A terapêutica tópica recorre ao uso de emolientes e queratolíticos, corticosteroides tópicos e análogos da vitamina D; enquanto que, o tratamento sistémico inclui o uso de retinoides, metotrexato e ciclosporina. Outras terapêuticas como a fototerapia são adequadas, quer através do uso de luz solar, quer através do uso de fontes de luz artificial, UVB e UVA (usando psoraleno como agente sensibilizante).^{54,55}

1.1.15. Rosácea

A rosácea ou *couperose* é um distúrbio crónico da pele causado por vascularização anormal e inflamação. É mais comum nas mulheres a partir dos 30 anos, de pele clara, seca, fina, frágil e que apresentam menor capacidade de defesa e, por isso, mais reativas aos fatores externos (temperatura e alimentos). As manifestações clínicas incluem aparecimento de telangiectasias, rubor, eritema facial persistente, secura e sensação de pele repuxada, queimadura, picadas da pele, pápulas e pústulas inflamatórias, edema e ou olhos irritados. Manifesta-se maioritariamente nas bochechas, nariz, testa e queixo. São conhecidos quatro subtipos de rosácea, eritemato-telangiectásica, pápulo-pustulosa, infiltrativa-nodular (surgimento de deformações na pele, em particular no nariz, cuja pele fica espessa, irregular e com nódulos) e ocular (para além da pele, afeta também os olhos). É importante manter uma boa higiene diária da pele, usar produtos dermocosméticos adequados à rosácea e ricos em vitaminas B,C e E. O *laser*, a isotretinoína oral, o metronidazol, o ácido azelaico e o tartarato de brimonidina tópicos são úteis no controlo dos sintomas da rosácea.^{56,57}

1.1.16. Sardas

As sardas ou efélides são pequenas manchas escuras que aparecem nos locais expostos à radiação solar (face, braços, mãos, pernas), em pessoas geneticamente predispostas, normalmente com pele clara e ruivas. Os pontos onde surgem as sardas possuem melanócitos mais sensíveis à radiação solar, e que por isso produzem mais melanina. É de extrema importância o uso de proteção solar, principalmente nos locais onde as sardas predominam, uma vez que estas pessoas são mais suscetíveis ao desenvolvimento de cancro da pele, devido à tonalidade da pele.⁵⁸

1.1.17. Varizes/Derrames

As varizes resultam da incapacidade do nosso sistema circulatório levar o sangue bombeado pelo coração de volta ao mesmo havendo uma acumulação nos membros inferiores com dilatação dos

vasos (veias, vénulas e capilares), que se tornam proeminentes na pele. As varizes caracterizam-se pela existência de veias salientes de cor azulada ou com manchas escuras, sensação de ardor/calor, dor, câibras, sensação de peso, cansaço, formigueiro, inchaço e inflamação, que podem levar à ocorrência de hemorragias, úlceras varicosas e trombos. As principais causas das varizes são história familiar, alterações hormonais (gravidez ou toma de anticoncecionais), obesidade, sedentarismo, o género feminino e a idade. O plano de tratamento passa por alterações nos hábitos de vida, uso de meias elásticas, cirurgia com *laser* endovascular, escleroterapia ou tratamento por *laser* vascular. Os derrames ou telangiectasias são pequenas dilatações vasculares intradérmicas, provocados pela dificuldade da drenagem cutânea no tecido subcutâneo, são geralmente assintomáticos (podendo por vezes provocar algum ardor), apesar de claramente inestéticos. Encontram-se nas coxas e pernas e não devem ser considerados um primeiro estágio da doença varicosa. O tratamento mais comum é a escleroterapia.⁵⁹

1.1.18. Vitiligo

O vitiligo é uma doença crónica, caracterizada por máculas branco-nacaradas de diferentes tamanhos e formas, geralmente nas áreas foto-expostas como a face, dorso das mãos e ao redor de orifícios corporais, com tendência a distribuição simétrica. Os pelos também podem ser acometidos (leucotriquia), incluindo sobrancelhas, cílios e pelos pubianos. É considerada uma doença auto-imune, onde os linfócitos T e os anticorpos destroem os melanócitos. Para além da auto-imunidade, a etiopatogenia da doença pode ter a influência de fatores genéticos e ambientais. Os pacientes com vitiligo têm maior tendência para desenvolver hipo e hipertireoidismo, diabetes *mellitus* tipo 1, lúpus eritematoso e psoríase. O vitiligo pode ser classificado em dois tipos, segmentar ou não segmentar. O segmentar manifesta-se apenas numa parte do corpo, normalmente surge na adolescência. O não segmentar é o mais comum, manifesta-se nos dois lados do corpo, surge inicialmente nas extremidades do corpo e passa por períodos de desenvolvimento da doença e de estagnação. A forma segmentar mostra-se mais resistente ao tratamento que a não segmentar. A terapêutica pode passar por processos de repigmentação, despigmentação, camuflagem, uso de corticosteroides tópicos ou sistémicos e imunomoduladores, fototerapia UVA com psoralenos e UVB, transplante de melanócitos e helioterapia.⁶⁰⁻⁶²

O conceito de saúde e bem-estar é subjetivo, por isso, a perspetiva do paciente e a avaliação da qualidade de vida é um parâmetro importante para avaliar o estado de saúde, eficácia e impacto económico das intervenções médicas. Para isso, é importante o uso de questionários de

autopreenchimento validados e confiáveis, como é o caso do *Dermatology Life Quality Index* e do EuroQol-5D.

1.2. Dermatology Life Quality Index

O *Dermatology Life Quality Index* (DLQI), criado em 1994, foi o primeiro questionário validado a avaliar especificamente o impacto das doenças dermatológicas na QoL dos seus portadores. Está disponível em mais de 90 línguas, preenche-se em cerca de 1 a 3 minutos e já foi usado em mais de 40 patologias cutâneas. As informações adquiridas através do DLQI são importantes para a tomada de decisão acerca da alocação de recursos e cuidados de saúde, enfatizando a importância da patologia na vida do doente. O DLQI tem sido utilizado em consultas clínicas, permitindo que os pacientes expressem os problemas provocados pela doença na sua vida para assim melhorar a qualidade dos cuidados aplicados. Isto porque, do ponto de vista do paciente, uma mudança significativa na QoL pode ser aquela que reflete uma redução nos sintomas, enquanto que, para o médico pode ser uma mudança no tratamento ou no prognóstico da doença. O uso de um questionário mais detalhado fornece detalhes muito mais ricos que permitem ao clínico abordar problemas específicos experimentados por um paciente e identificar quais os aspetos da vida do doente que são mais gravemente afetados pela sua doença. A intervenção pode, portanto, ser direcionada de forma mais adequada.^{63–68}

Ingordo *et al.* em 2014 avaliaram a QoL, usando o DLQI, de 161 pacientes com vitiligo de 9 clínicas dermatológicas de Itália. A média do DLQI *score* foi de 4,3. Concluíram que o comprometimento da QoL estava associado à estabilidade da doença ao longo do tempo, ao sexo feminino e ao envolvimento da face.⁶⁹

Abbas *et al.* em 2014 avaliaram a eficácia do uso de itraconazol na QoL em 57 pacientes com dermatite seborreica do departamento de Dermatologia do Hospital de Razi, no Teerão, usando o DLQI. O estudo foi feito durante quatro meses, durante os quais foi administrado diariamente 200mg de itraconazol em 29 dos pacientes e placebo em 28. O DLQI *total score* foi de 5,88, onde as dimensões mais afetadas foram os sintomas, sentimentos e atividades diárias. Concluíram que o uso de itraconazol aumenta significativamente a QoL nos pacientes com DS.⁷⁰

Onderdijk *et al.* em 2013 avaliaram a QoL na Hidrosadenite Supurativa (HS) em 211 pacientes de um hospital da Holanda e da Dinamarca, com um grupo controlo de 233 pacientes. O DLQI *score* foi significativamente maior no grupo com a doença (8,4) do que no grupo controlo (4,3). Concluindo que a HS tem um impacto na QoL muito superior a outras doenças dermatológicas.⁷¹

Singh *et al.* em 2013 avaliaram a média do DLQI *score* em 104 pacientes com psoríase, de um Hospital no norte da Índia, com e sem distúrbios psicológicos. O DLQI *score* médio foi de 6,85,

atribuindo aos pacientes com distúrbios psicológicos o maior *score*. O que mais prejudica a QoL são as reações e sentimentos aos sintomas da doença. O lazer, desporto e as relações pessoais não são afetadas, o que pode ser devido a razões socioeconómicas, assim como razões culturais impedem de responder prontamente acerca das relações sexuais.⁷²

Liu *et al.* em 2011 avaliaram a presença de problemas psicométricos no DLQI, em 149 pacientes chineses com neurodermatite, através da análise de Rasch (modelo probabilístico para avaliar propriedades psicométricas). Concluíram que o DLQI tem um fraco ajuste para a análise de Rasch, pelo que não aconselham o seu uso em pacientes com neurodermatite.⁷³

1.3. **EuroQol-5D**

O EuroQol-5D (EQ-5D), desenvolvido em 1987 pelo EuroQol Group, é um questionário validado, aplicável a uma ampla gama de condições de saúde e tratamentos, fornecendo um perfil descritivo simples e um valor de índice único para o estado de saúde que pode ser usado na avaliação clínica e económica dos cuidados de saúde, bem como, em inquéritos de saúde da população. Está traduzido em mais de 120 línguas diferentes, responde-se em poucos minutos e é aplicável a um amplo conjunto de patologias e tratamentos. Os resultados obtidos pelo EQ-5D podem ser usados no planeamento e alocação dos recursos no sector da saúde e em avaliações económicas de tecnologia de saúde, quer ao nível da avaliação económica de medicamentos, quer de diferentes programas de saúde.⁷⁴⁻⁸³

Korman *et al.* em 2013 compararam a *Health Related Quality of Life* (HRQoL) e a produtividade do trabalho em 681 doentes com psoríase (163 em remissão, 419 com doença ativa sem sensação de queimadura e 99 com doença ativa e com sensação de queimadura) dos Estados Unidos da América (EUA). Para isso usaram, entre outros o EQ-5D. Os EQ-5D *scores* diminuíram de 0,93 (doença em remissão) para 0,90 (doença ativa sem sensação de queimadura) e para 0,82 (doença ativa e com sensação de queimadura). Concluíram que quanto menor o EQ-5D *score*, pior é a HRQoL e a produtividade.⁸⁴

Tennvall *et al.* em 2012 analisaram a HRQoL em 312 doentes com Queratose Actínica (QA) da Dinamarca. Para isso usaram, entre outros, o *Actinic Keratosis Quality of Life* (AKQoL) e o EQ-5D. O *score* médio do EQ-5D foi de 0,88, sendo mais baixo em pacientes com outras comorbilidades. A dimensão mais afetada foi a de dor e desconforto, enquanto que, o valor médio do EQ-VAS foi de 70. Através do EQ-5D, concluíram que a QA não tem um impacto muito significativo na HRQoL.⁸⁵

A execução deste estudo teve como objetivo principal a verificação da correlação entre o questionário geral para o estado de saúde, EQ-5D⁷⁷ e o questionário específico para doenças de pele, DLQI⁶⁶, a fim de verificar se o EQ-5D é ou não viável no cálculo de ganhos de qualidade de vida para doenças de pele, utilizando a fórmula,

$$\text{EQ-5D utility score} = 0,9297 - [0,0219 \times (\text{DLQI total score})]^{63} \quad [\text{Equação 1}]$$

Assim, as hipóteses da presente investigação que foram utilizadas são as seguintes:

[Hipótese 0] Não existe correlação entre as duas variáveis

[Hipótese 1] Existe correlação entre as duas variáveis

Onde:

EQ-5D utility score da fórmula – Variável dependente

EQ-5D utility score real/do estudo – Variável independente

Schaller *et al.* em 2016 compararam o uso de ivermectin (IVM) 1% creme, em 80 indivíduos provenientes da Bulgária, República Checa, França, Alemanha, Hungria, Polónia, Roménia, Rússia, Reino Unido e Ucrânia, com o uso de metronidazol (MTZ) 0,75% creme, em 81 indivíduos, no tratamento das lesões inflamatórias severas da rosácea, durante 52 semanas. Inicialmente o DLQI score médio foi de 7,8 para o IVM e 6,6 para o MTZ, o que indicava um impacto moderado na QoL. Ao fim da 16ª semana, o DLQI score médio reduziu para 1,8 (IVM) e 2,8 (MTZ), o que indica uma grande melhoria na QoL. Ao fim da 52ª semana, 81,3% IVM e 61,7% MTZ tinham um DLQI score médio entre 0 e 1, ou seja sem impacto na QoL. Para o EQ-5D, ao fim da 16ª semana, o score médio era de 0,941 para IVM e 0,896 para MTZ, o que indica uma boa QoL; ao fim da 52ª semana, o score médio foi de 0,970 (IVM) e 0,911 para MTZ. Concluíram que o uso do ivermectin é ligeiramente mais eficaz e por isso apresenta valores de QoL mais elevados.^{86,87}

Korman *et al.* em 2013 exploraram o impacto dos sintomas da psoríase na QoL em 700 pacientes dos EUA, através da aplicação do DLQI e do EQ-5D. Concluíram que o valor da significância relativa do DLQI e EQ-5D scores é de <0,05 para prurido, descamação e dor. O que significa que os valores de score obtidos em ambos os questionários se correlacionam.⁸⁸

Zachariae *et al.* em 2008 avaliaram a eficácia da combinação do etanercept com metotrexato em 59 pacientes da Dinamarca, Suécia, Finlândia e Noruega com psoríase. Um grupo de 28 pacientes fez tratamento combinado intermitente e outro grupo de 31 pacientes fez tratamento combinado contínuo durante 24 semanas. O DLQI mostrou uma melhoria na qualidade de vida para ambos os grupos, apesar de que a redução mais significativa tenha acontecido no grupo que fez o

tratamento contínuo (74%) comparativamente aos 48% do outro grupo. O mesmo aconteceu com o EQ-5D que mostrou ter havido uma mudança significativa na qualidade de vida em ambos os grupos.⁸⁹

Rosen *et al.* em 2006 compararam a QoL de 201 indivíduos com psoríase (PsC) com o mesmo número de indivíduos com artrite psoriática (PsA) de vários hospitais de Toronto. Concluíram que EQ-5D *score* é mais baixo nos doentes com PsA, refletindo uma diminuição na QoL destes pacientes comparativamente com os PsC. O DLQI *score* médio foi maior nos indivíduos com PsC (7,7) do que nos indivíduos com PsA (4,5), o que se pode dever ao facto da PsC ter maior envolvimento de lesões cutâneas do que a PsA.⁹⁰

Brooklyn *et al.* em 2006 estudaram o uso do infliximab no tratamento do Pioderma Gangrenoso. Fizeram parte do estudo 30 pacientes provenientes de Bristol, Gloucester, Londres e Manchester, dos quais, 13 receberam infliximab e 17 placebo durante 6 semanas. O DLQI mostrou uma melhoria nos pacientes que receberam infliximab na 2ª semana, e para os que receberam placebo na 4ª semana. O EQ-5D mostrou os mesmos resultados, apesar de que, na 2ª semana o resultado obtido foi mais ambíguo, pois estatisticamente, a mudança na qualidade de vida foi mínima, com valores médios de zero para ambas as medidas em ambos os grupos.⁹¹

2. Material e métodos

O presente trabalho apresenta um tipo de estudo observacional, descritivo, correlacional e transversal.

Para a elaboração do presente trabalho, foi efetuada uma recolha de dados que suportam o estudo através da pesquisa de artigos nas plataformas *online* Pubmed (*US National Library of Medicine National Institutes of Health*), Google Académico, b-on (biblioteca do conhecimento online) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), tendo-se utilizado para isso as palavras-chave “Doenças dermatológicas; Qualidade de vida; DLQI; EQ-5D”, o correspondente em inglês “*Dermatological diseases; Quality of life; DLQI; EQ-5D*” e ainda foram consultados manuais e publicações periódicas de referência na área.

A recolha dos dados estatísticos foi realizada com a consentida colaboração dos pacientes com distúrbios de pele através do preenchimento de um questionário biográfico (Anexo I) e dos questionários DLQI (Forma Experimental Portuguesa, Lisboa, 2004) (Anexo II) e EQ-5D-5L (versão portuguesa) (Anexo III) em suporte físico e *online* durante o período de setembro de 2015 a abril de 2016.^{66,77}

O questionário biográfico, elaborado especificamente para este trabalho, visa obter informações pessoais acerca dos pacientes, tais como, zona de residência, idade, sexo, habilitações literárias, profissão, situação profissional, estado civil, diagnóstico principal, duração da doença/lesão, local de predominância das lesões e outras patologias/lesões. É maioritariamente constituído por questões de escolha múltipla, o que o torna intuitivo e de fácil preenchimento.

A versão portuguesa do DLQI está disponível *online*, enquanto que, a mesma versão do EuroQol-5D foi disponibilizada pelo EuroQol Group após pedido. A aplicação de ambos os questionários para fins académicos requer autorização das instituições por eles responsáveis. O uso do DLQI foi autorizado pela Universidade de Cardiff e o do EuroQol-5D-5L pelo EuroQol Group.

O DLQI é constituído por 10 questões de escolha múltipla, cujas hipóteses de resposta são «Muito; Bastante; Um pouco; Nada; Não aplicável; Sim e Não» e analisa parâmetros em seis áreas «Sintomas e Sensações; Atividades Habituais; Lazer; Trabalho e Escola; Relações Pessoais e Tratamento».^{65,66}

Neste estudo, foi usada a versão EQ-5D-5L do EuroQol Group, que, ao contrário da versão inicialmente lançada, usa 5 níveis de resposta, o que aumenta significativamente a sensibilidade e fiabilidade do questionário.⁷⁹

O EQ-5D-5L é formado por 5 questões de escolha múltipla, abordando áreas em 5 dimensões, «Mobilidade; Cuidados Pessoais; Atividades Habituais; Dor/Mal-Estar e Ansiedade/Depressão», e por uma régua escalada numericamente de 0 a 100 (EQ-VAS), de forma a poder-se quantificar o estado de saúde, variando entre a “pior saúde que se possa imaginar (0)” e a “melhor saúde que se possa imaginar (100)”. Cada uma das questões tem 5 níveis de resposta «Não tenho problemas; Tenho problemas ligeiros; Tenho problemas moderados, Tenho problemas graves e Tenho problemas extremos». O estado de saúde é classificado, respetivamente, de 1 a 5, consoante a hipótese escolhida. Este é constituído por um código de 5 dígitos (Ex: 11111), podendo existir 3125 combinações diferentes. Cada dígito correspondente ao nível de resposta atribuído a cada dimensão, sendo o código necessário para calcular o valor real do EuroQol. A Universidade de York levou a cabo um estudo denominado MVH (*Measurement and Valuation of Health Group*) que permite, para o contexto britânico (EuroQol United Kingdom “EQ-UK”), transformar um número de cinco dígitos resultante da descrição de um estado de saúde num índice cardinal que varia entre -0,59 e 1,00.^{74-82,92}

A amostra é então constituída por 548 pacientes de diferentes faixas etárias (>18 anos), com diferentes doenças/lesões de pele e, que tenham preenchido todos os inquéritos aplicados.

Os critérios de inclusão abrangem todos os indivíduos portadores de distúrbios de pele que tenham preenchido todos os questionários no mesmo espaço temporal. Excluíram-se os indivíduos menores de 18 anos e não portadores de problemas de pele.

Após o preenchimento dos questionários, os dados foram introduzidos e tratados em *Microsoft Office Excel 2007* e *IBM SPSS Statistics 23* tendo posteriormente sido calculados os valores do DLQI e do EQ-5D-5L para saber a diferença entre o valor real e o valor obtido pela fórmula. O valor real do EQ-5D-5L foi calculado inserindo os valores associados ao estado de saúde no EQ-5D-5L *Crosswalk Index Value Calculator Version 1.1*, usando como valores padrão, os *value sets* utilizados no Reino Unido (EQ-UK). Os *value sets* utilizados foram os do Reino Unido segundo recomendação do EuroQol Group, pois os valores usados devem pertencer a um país semelhante, comparável, próximo ou do conjunto de valores mais utilizado, o que corresponde, no caso de Portugal, ao Reino Unido.^{66,77,82}

Para o cálculo dos valores do DLQI, os *scores* atribuídos a cada resposta, tal como mostra a Tabela 1, foram:

Tabela 1: *Score* atribuído a cada resposta do DLQI.^{65,66}

Resposta		Score	
Muito		3	
Bastante		2	
Um pouco		1	
Nada		0	
não aplicável (n.a)		0	
não respondeu (n.r)		0	
Questão nº7	Sim		3
	Não	Bastante	2
		Um pouco	1
		Nada	0

O total do *score* das 10 questões varia entre 0 e 30, conforme a Tabela 2.

Tabela 2: *Score* total do DLQI.^{65,66}

0-1	Sem efeitos na vida do paciente
2-5	Poucos efeitos na vida do paciente
6-10	Efeitos moderados na vida do paciente
11-20	Efeitos graves na vida do paciente
21-30	Efeitos extremos na vida do paciente

Tal como foi referido, a estatística utilizada foi a descritiva.

Foi imprescindível o recurso ao uso do computador, *internet*, do *Mendeley Desktop 1.16.1*, *Microsoft Office Word e Excel 2007*, *IBM SPSS Statistics 23* e uma impressora. Foi também necessário a utilização da rede *wireless* da ESTeSC para ter acesso ao *full text* de alguns artigos utilizados.

Os dados obtidos são confidenciais e destinam-se exclusivamente para fins académicos. Por isso, serão garantidos todos os princípios de confidencialidade, sigilo e anonimato. Foi também cumprido o consentimento informado dos inquiridos (Anexo IV).

3. Resultados e discussão

A amostra total é constituída então por 548 pessoas residentes em Portugal, sendo 128 do sexo masculino e 420 do sexo feminino, e cuja média de idades total é de 32,96 anos $\pm 12,73$ (36,27 anos para o sexo masculino e 31,95 para o feminino).

O estado civil predominante é o de “solteiro”, com 57,5%, seguido de “casado/união de facto” com 34,5% e, por fim, “separado/divorciado/viúvo”, com 8,0%.

O nível de escolaridade adquirido pelos inqueridos, assim como, a sua área e situação profissional estão indicados na Tabela 3. Como se observa na Tabela 3, a maioria dos inquiridos apresenta um nível de ensino superior (56,6%), é estudante (32,5%) e trabalha por conta de outrem (49,6%). Não se verificaram relações causais entre a profissão e a patologia enumerada.

Tabela 3: Características profissionais dos inquiridos.

	Frequência	%
Nível de Ensino		
Primário	3	0,5
Básico	24	4,4
Secundário	211	38,5
Superior	310	56,6
Área Profissional		
Estudante	178	32,5
Saúde	78	14,2
Educação	56	10,2
Comercial	22	4,0
Administrativa	61	11,1
Engenharia	23	4,2
Contabilidade/Finanças/Banca	31	5,7
Outras áreas de ensino superior	33	6,0
Outras áreas	35	6,4
n.r	31	5,7
Situação Profissional		
Reformado	13	2,4
Desempregado	71	13,0
Trabalhador por conta de outrem	272	49,6
Trabalhador por conta própria	44	8,0
Estudante	147	26,8
n.r	1	0,2

Note-se que, na área e situação profissional, a opção “Estudante” apresenta uma variação na frequência, o que muito provavelmente se deve ao facto de alguns serem trabalhadores-estudantes.

Os distúrbios cutâneos mais frequentemente referidos pelos inquiridos, correspondendo ao diagnóstico principal, estão indicados na Tabela 4. Destes, os que mais se destacam são a Psoríase (16,6%), as Estrias (10,0%), a Acne (9,9%), a Celulite (7,3%), o Herpes Labial (5,7%), a Dermatite Atópica (5,3%), Varizes/Derrames (4,7%), a Dermatite de Contacto (4,2%), a Rosácea e Vitiligo (4,0%).

Tabela 4: Distúrbios cutâneos mais frequentes.

Distúrbios cutâneos	Frequência	%
Acne	54	9,9
Alopécia	12	2,2
Celulite	40	7,3
Dermatite Atópica	29	5,3
Dermatite de Contacto	23	4,2
Dermatite Seborreica	11	2,0
Estrias	55	10,0
Fotodermatoses	13	2,4
Frieiras	10	1,8
Herpes Labial	31	5,7
Lúpus Eritematoso	10	1,8
Pé de Atleta	16	2,9
Pelos Encravados	12	2,2
Psoríase	91	16,6
Rosácea	22	4,0
Sardas	16	2,9
Varizes/Derrames	26	4,7
Vitiligo	22	4,0
Outros diagnósticos menos frequentes	55	10,0
	548	100,0

No conjunto de Outros diagnósticos menos frequentes, incluem-se as patologias/lesões: Pitiríase simples e Verrugas (1,1%); Candidíase, Fotoenvelhecimento, Hiperidrose, Hiperpigmentação e Onicomicose (0,7%); Acanthose *nigricans*, Quisto e Urticária (0,5%); Cancro de pele, Cicatrizes e Prurigo Estrófulo (0,4%); Ictiose Lamelar, Hidrosadenite Supurativa, Hipomelanose Macular

Progressiva, Dermografismo, *Tinea Corporis*, Aftas, Necrobiose Lipoídica e Piebaldismo (0,2%). A percentagem apresentada refere-se a cada uma das doenças enumeradas (Tabela 4).

O perfil dos inquiridos, relativamente à idade média e ao género em função do distúrbio cutâneo referido, está descrito na Tabela 5.

Tabela 5: Perfil dos inquiridos.

Distúrbio cutâneo	Idade média	Género %	
		M	F
Acne	23,28	7,8	10,5
Alopécia	40,58	9,4	-
Celulite	30,08	2,3	8,8
Dermatite Atópica	28,45	3,9	5,7
Dermatite de Contacto	35,26	2,3	4,8
Dermatite Seborreica	34,18	2,3	1,9
Estrias	26,82	6,3	11,2
Fotodermatoses	32,00	-	3,1
Frieiras	26,20	3,9	1,2
Herpes Labial	34,68	7,8	5,0
Lúpus Eritematoso	40,30	-	2,4
Pé de Atleta	35,06	8,6	1,2
Pelos Encravados	25,17	1,6	2,4
Psoríase	38,97	14,1	17,4
Rosácea	33,27	3,1	4,3
Sardas	31,31	2,3	3,1
Varizes/Derrames	39,12	1,6	5,7
Vitiligo	37,68	6,3	3,3
Outros diagnósticos menos frequentes	36,05	16,4	8,1
		100,0	100,0

Como se pode observar na Tabela 5, a média de idades da maioria dos distúrbios dermatológicos (em destaque), situa-se acima da média de idades total deste estudo (32,96), correspondendo a média de idade mais baixa à Acne (23,28) e a mais alta à Alopécia (40,58). No que concerne ao género, apenas os inquiridos masculinos referem ter Alopécia (9,4%), assim como, apenas os femininos referem ter Fotodermatoses (3,1%) e Lúpus Eritematoso (2,4%). Para além disso, o género masculino apenas se destaca pela maior percentagem nos Outros diagnósticos menos

frequentes (16,4%), no Pé de Atleta (8,6%), no Herpes Labial (7,8%), no Vitiligo (6,3%), nas Frieiras (3,9%) e na Dermatite Seborreica (2,3%). É importante referir que, 68,5% dos que referem ter Acne são estudantes, o que seria de esperar, uma vez que a doença se manifesta maioritariamente na adolescência. O mesmo se passa quanto à Celulite e às Estrias, respetivamente, 42,5% e 49,1% dos inquiridos, são estudantes. As outras patologias/lesões encontram-se distribuídas uniformemente, não se encontrando aglomerados significativos, como os acima referidos. Note-se ainda que, 2,3% dos indivíduos do sexo masculino dizem ter celulite o que decerto não corresponde à verdade, uma vez que esta acomete sobretudo às mulheres (Tabela 5).^{16,93,31}

A duração dos distúrbios dermatológicos está representada na Tabela 6. Os valores apresentados encontram-se em percentagem, sendo que, para cada distúrbio, está destacado o valor correspondente à maior percentagem.

Tabela 6: Duração dos distúrbios dermatológicos.

		Duração				
		<6 meses	6 meses-1 ano	1-5 anos	5-10 anos	>10 anos
Distúrbios	Acne	-	3,7	46,3	31,5	18,5
	Alopécia	-	8,3	33,3	16,7	41,7
	Celulite	-	7,5	35,0	30,0	27,5
	Dermatite Atópica	3,4	3,4	13,8	20,7	58,6
	Dermatite de Contacto	13,0	17,4	21,7	8,7	39,1
	Dermatite Seborreica	9,1	9,1	27,3	9,1	45,5
	Estrias	-	3,6	25,5	34,5	36,4
	Fotodermatoses	23,1	-	38,5	15,4	23,1
	Frieiras	40,0	20,0	-	10,0	30,0
	Herpes	30,0	6,7	3,3	16,7	43,3
	Lúpus Eritematoso	-	-	-	30,0	70,0
	Pé de Atleta	43,8	6,3	12,5	18,8	18,8
	Pelos Encravados	16,7	-	33,3	33,3	16,7
	Psoríase	1,1	1,1	15,4	14,3	68,1
	Rosácea	-	-	31,8	22,7	45,5
	Sardas	-	-	-	12,5	87,5
	Varizes/Derrames	-	-	36,0	12,0	52,0
	Vitiligo	-	-	13,6	18,2	68,2

Como se pode observar na Tabela 6, o Pé de Atleta (43,8%) e as Frieiras (40,0%) persistem maioritariamente há menos de 6 meses; a Acne (46,3%), as Fotodermatoses (38,5%) e a Celulite (35,0%) entre 1 a 5 anos; os Pelos Encravados (66,6%) entre 1 a 10 anos e, as restantes patologias/lesões, correspondendo à maioria, duram há mais de 10 anos, tendo como fator comum, tratem-se de situações crónicas. Outro fator importante é que quanto maior a duração da doença/lesão, maior se espera que seja o seu impacto na QoL.¹⁴

Dos 23 inquiridos que referiram como patologia principal a Dermatite de Contacto, apenas 18 apontaram o(s) alergénio(s) responsável pela manifestação da doença. A Tabela 7 apresenta os alergénios indicados em função da frequência com que foram referidos.

Tabela 7: Alergénios responsáveis pela manifestação da Dermatite de Contacto.

Alergénios	Frequência
Dermocosméticos	6
Metais	10
Alimentos	2
Látex	1
Têxteis	3
Químicos	4

Estima-se que estejam identificados mais de 3000 compostos alergénicos, que quando em contacto com o organismo de um paciente alérgico causam uma reação alérgica, entre os quais se destacam os metais, cosméticos, alimentos, látex, têxteis e produtos químicos. Na classe dos metais os mais comuns são o níquel, presente em bijutarias, fivelas, moedas, relógios; o crómio presente no cimento, corantes têxteis e pigmentos para maquilhagem e o cobalto, que se encontra maioritariamente em tintas, têxteis, vernizes e maquilhagem. Cosméticos como maquilhagem, produtos de higiene, perfumes e outros produtos de aplicação cutânea, têm na sua constituição compostos que podem causar alergias. Desses constituintes fazem parte as fragrâncias, presentes na grande maioria dos cosméticos; conservantes como Euxil K 400, Kathon CG, Quaternium e o Bálsamo do Peru.⁹⁴

Segundo o Comité Científico de Segurança dos Consumidores, da Comissão Europeia, algumas substâncias presentes nas fragrâncias causam alergias cutâneas a cerca de 1-3% da população europeia. Considerou-se que os alergénios (HICC “*Hydroxyl-Isohexylcyclohexene Carboxaldehyde*”, atranol e cloroatranol) são proibidos na composição de produtos dermocosméticos e que, outros compostos alergénicos sejam devidamente identificados nos rótulos, bem como tenham limite de concentrações.^{95,96}

Alimentos como os mariscos, laticínios, frutos secos e ovo podem causar alergias alimentares com exacerbações cutâneas, como urticária e edemas. A borracha, o N-isopropil-N'-fenil-parafenilenodiamina, corantes têxteis, tecidos sintéticos e a resina butilfenol formaldeído são compostos alergênicos presentes em vestuário e calçado; também o látex presente em algum vestuário e anticoncepcionais é alergizante. Por fim, químicos como o amoníaco e o formaldeído, presentes nomeadamente em produtos de limpeza e outros pesticidas são alergizantes (Tabela 7).⁹⁴

A Tabela 8 apresenta os valores de frequência e percentagem dos principais locais de predominância das lesões, assim como, o distúrbio dermatológico com maior predominância nesse local. Sendo esta uma questão de resposta múltipla, a frequência total foi de 687.

Tabela 8: Principais locais de predominância das lesões.

Local de Predominância das Lesões	Frequência	%	Distúrbio Prevalente
Abdômen	30	4,4	Estrias (20,0%)
Braços	24	3,5	FD (23,1%)
Costas	22	3,2	Acne (13,2%)
Cotovelos	32	4,7	Psoríase (26,2%)
Couro Cabeludo	71	10,3	Alopécia (100%)
Genitais	13	1,9	Vitiligo (23,8%)
Glúteos	47	6,8	Celulite (47,5%)
Joelhos	15	2,2	Psoríase (13,1%)
Lábios	30	4,4	HL (100%)
Mãos	45	6,6	Frieiras (60,0%)
Pernas	99	14,4	Varizes/Derrames (84,0%)
Pés	34	4,9	Pé de Atleta (100%)
Rosto	119	17,3	Rosácea (100%)
Todo Corpo	31	4,5	Psoríase e Vitiligo (18,3%)
Outros locais menos frequentes	75	10,9	
	687	100	

Legenda: FD-Fotodermatoses/ HL-Herpes Labial.

Os locais mais referidos pelos inquiridos foram o rosto (17,3%), cuja patologia mais prevalente é a Rosácea (100%); as pernas (14,4%), onde prevalecem as Varizes/Derrames (84,0%); o couro cabeludo (10,3%), onde domina a Alopécia (100%); os glúteos (6,8%) com a Celulite (47,5%) e, as mãos (6,6%), local onde predominam as Frieiras (60,0%).

O local da lesão tem um grande impacto na QoL, isto porque, caso as lesões se encontrem em áreas da pele descobertas, causa vergonha, ansiedade e tristeza, assim como, condiciona a roupa que vestem e muitas vezes as relações sociais. O local com maior percentagem de resposta foi o rosto (17,3%). O facto da aparência facial ter um papel importante na percepção de si mesmo e na interação com os outros, faz com que as lesões na face tenham um impacto significativo na QoL. As lesões nas mãos, mesmo que não contagiosas, são vistas com desconfiança e aversão pelos outros.^{7,11,14,97,98}

Outros locais indicados pelos inquiridos são as axilas (1,31%) em 9,5% no Vitiligo; o peito, as mamas, o pescoço e as virilhas com 1,16% em respetivamente, Fotodermatoses (23,1%), Estrias (10,9%), Fotodermatoses (15,4%) e Pelos Encravados (25,0%); o nariz e o pulso com 0,87% em respetivamente, Herpes (10,7%) e Dermatite de Contacto (13,6%); as unhas (0,72%) em 4,8% na Psoríase; as pregas cutâneas e o tronco com 0,58% em respetivamente, Dermatite Atópica (14,8% e 3,7%); as orelhas com 0,44% em Dermatite de Contacto com 4,5%; as pálpebras e os tornozelos com 0,29% em Dermatite Atópica (3,7%) e, a boca e os dedos com 0,15% em respetivamente, Aftas (100%) e Vitiligo (4,8%) (Tabela 8).

Das 305 pessoas que indicaram ter outros problemas cutâneos, para além daquele que consideram como principal, os mais apontadas são Estrias (15,4%), Celulite (14,9%), Pelos Encravados (6,5%), Herpes Labial (6,2%), Varizes/Derrames (5,4%), Acne e Frieiras (5,1%) (Tabela 9).

Tabela 9: Outros problemas cutâneos enunciados.

Outros problemas cutâneos	Frequência	%
Acne	33	5,1
Alopécia	9	1,4
Candidíase	10	1,5
Celulite	97	14,9
Cicatrizes	13	2,0
Dermatite Atópica	20	3,1
Dermatite de Contacto	21	3,2
Dermatite Seborreica	10	1,5
Estrias	100	15,4
Fotoenvelhecimento	14	2,2
Fotodermatoses	21	3,2
Frieiras	33	5,1
Herpes Labial	40	6,2
Hirsutismo	10	1,5
Onicomiose	16	2,5
Pelos Encravados	42	6,5
Prurigo Estrófulo	10	1,5
Rosácea	13	2,0
Sardas	24	3,7
Varizes/Derrames	35	5,4
Outros distúrbios menos frequentes	78	12,1

No grupo designado de outros distúrbios menos frequentes, incluem-se, entre outros, o Eczema Disidróico, Eritema Nodoso, Grânulos de Fordyce, Neurofibromatose, Pioderma Gangrenoso e Pitíriase Rósea, com uma prevalência de 0,2% cada (Tabela 9).

Os resultados obtidos em cada questão do DLQI estão representados na Tabela 10, apresentando os valores de frequência e percentagem e, o distúrbio cutâneo com maior representação para cada opção de resposta.

Tabela 10: Resultados do preenchimento do DLQI.⁶⁶

		Frequência	%	Distúrbio Prevalente
1. No último mês sentiu a pele irritada e mais sensível, comichão ou sensação se picadas?	Muito	58	10,6	Psoríase (33,0%)
	Bastante	90	16,4	DS (36,4%)
	Um Pouco	206	37,6	PE (83,3%)
	Nada	194	35,4	HL (71,0%)
2. No último mês sentiu-se embaraçado ou incomodado por causa do estado da sua pele?	Muito	55	10,0	DS (27,3%)
	Bastante	74	13,5	LE (30,0%)
	Um Pouco	223	40,7	DA (72,4%)
	Nada	196	35,8	Alopécia (83,3%)
3. No último mês até que ponto o seu problema de pele prejudicou a sua vida normal (fazer compras, cuidar da casa, tratar das plantas, etc.)?	Muito	8	1,5	FD (7,7%)
	Bastante	29	5,3	LE (30,0%)
	Um Pouco	108	19,7	Frieiras (50,0%)
	Nada	403	73,5	Alopécia e Sardas (100%)
4. No último mês a escolha da roupa que usou teve que ver com o estado da sua pele?	Muito	31	5,7	Psoríase (16,5%)
	Bastante	47	8,6	Psoríase (33,0%)
	Um Pouco	99	18,1	DA (41,4%)
	Nada	371	67,7	Alopécia e HL (100%)
5. No último mês até que ponto o seu problema de pele afetou o convívio com outras pessoas ou mesmo os seus tempos livres?	Muito	12	2,2	Psoríase (11,0%)
	Bastante	29	5,3	Frieiras (20,0%)
	Um Pouco	99	18,1	PE (33,3%)
	Nada	408	74,5	Alopécia (100%)
6. No último mês até que ponto o seu problema de pele o impediu de praticar desporto?	Muito	9	1,6	PA (6,3%)
	Bastante	17	3,1	Psoríase (13,2%)
	Um Pouco	54	9,9	LE (30,0%)
	Nada	373	68,1	Alopécia (91,7%)
	n.a	95	17,3	-
7. No último mês o seu problema de pele impediu-o de trabalhar ou estudar?	Sim	11	2,0	LE (20,0%)
	Não	529	96,5	DC, DS, DA, Alopécia, Celulite, Herpes, PA, PE, Rosácea, Sardas e Varizes/Derrames (100%)
	n.a	8	1,5	-

Se a sua resposta foi NÃO, até que ponto a sua pele foi problema no trabalho ou na escola?	Bastante	18	3,3	Psoríase (11,0%)
	Um Pouco	144	26,3	Psoríase (50,0%)
	Nada	344	62,8	Alopécia (100%)
	n.r	23	4,2	-
8. No último mês, o estado da sua pele criou-lhe problemas no relacionamento com colegas de trabalho, o/a seu/sua companheiro(a), alguns amigos próximos ou familiares?	Muito	6	1,1	LE (10,0%)
	Bastante	15	2,7	DS (9,1%)
	Um Pouco	73	13,3	PE (25,0%)
	Nada	454	2,8	Alopécia e DA (100%)
9. No último mês até que ponto o seu problema de pele afetou a sua vida sexual?	Muito	13	2,4	LE (10,0%)
	Bastante	19	3,5	Psoríase (9,9%)
	Um Pouco	58	10,6	Vitiligo (22,7%)
	Nada	378	69,0	Alopécia (91,7%)
	n.a	80	14,6	-
10. No último mês até que ponto os tratamentos para a sua pele lhe criaram problemas, por exemplo de sujar a casa ou lhe tomarem demasiado tempo?	Muito	10	1,8	Psoríase (9,9%)
	Bastante	40	7,3	Psoríase (20,9%)
	Um Pouco	114	20,8	DS (63,6%)
	Nada	291	53,1	Alopécia (83,3%)
	n.a	93	17,0	-

Legenda: DS-Dermatite Seborreica/ PE-Pelos Encravados/ HL-Herpes Labial/ LE-Lúpus Eritematoso/ DA-Dermatite Atópica/ FD-Fotodermatoses/ PA-Pé de Atleta/ DC-Dermatite de Contacto/n.a-não aplicável/ n.r-não respondeu.

Como se pode observar na Tabela 10, a psoríase é a patologia que mais dimensões afeta e, por isso, que causa um maior impacto na QoL, seguindo-se o Lúpus Eritematoso e a Dermatite Seborreica.

A Psoríase destaca-se nos sintomas cutâneos (33,0%), uma vez que causa prurido, ardor e descamação da pele; na roupa que vestem, isto porque a doença afeta grande parte do corpo, especialmente zonas visíveis, como os joelhos e cotovelos; as relações sociais (11,0%) e o trabalho e estudo, devido ao impacto psicológico da doença, que causa ansiedade, depressão, nervosismo, vergonha e isolamento; no desporto (13,3%), por vezes devido ao isolamento e medo do estigma social; na vida sexual (9,9%), por vergonha de exibir as lesões ao parceiro ou devido à disfunção sexual que a doença pode provocar e, nos tratamentos, que podem ser tópicos, sistémicos, de fototerapia, ou uma combinação de todos.⁹⁹⁻¹⁰¹

O Lúpus Eritematoso sobressai no estado da pele (30,0%), uma vez que pode provocar fotossensibilidade, *rash* malar e lesão discoide; nas atividades habituais (30%) e no trabalho ou estudo (20,0%), devido à sua capacidade física diminuída, o que impede a manutenção do mesmo

ritmo precedente de vida e gera um conflito entre a vontade de fazer e a sua impossibilidade; nas relações sociais (10,0%), pois há tendência para o isolamento e sentimento de rejeição e na vida sexual (10,0%), uma vez que os movimentos reduzidos levam estas pessoas a preferir relacionamentos afetivos.^{102,103}

A Dermatite Seborreica tem impacto nos sintomas cutâneos (36,4%), devido ao prurido, irritação e descamação; no estado da pele (27,3%), que afeta maioritariamente o couro cabeludo, o nariz e as orelhas, com a formação e acumulação de placas descamativas ou crostas e nas relações sociais (9,1%), devido ao estigma e vergonha do aspeto das lesões.^{37,104}

Após o preenchimento do DLQI e aplicado o *score* atribuído a cada resposta apresentada, obtém-se o *score* total, resultante da soma dos *scores* das 10 questões. A Tabela 11 apresenta a frequência e percentagem do *score* total.

Tabela 11: Frequência relativamente ao *score* total do DLQI.

<i>Score</i> Total	Frequência	%
0-1	161	29,4
2-5	226	41,2
6-10	88	16,1
11-20	62	11,3
21-30	11	2,0

O valor médio do *score* total é de $4,6953 \pm 5,1911$, o que significa que se encontra no intervalo entre 2 e 5. Como se pode observar na Tabela 11, a maioria dos inquiridos (41,2%) apresenta um *score* total entre 2 e 5, o que significa que a patologia/lesão apresenta “Poucos efeitos na vida do paciente”. No que se refere aos restantes intervalos de *score* total, 29,4% não sente efeitos da patologia na sua vida; 16,1% sente efeitos moderados; 11,3% sente efeitos graves e 2,0% sente efeitos extremos (o que significa que necessitam de uma intervenção urgente).⁶⁸ É importante referir, que os três intervalos de *score* mais graves apresentam uma percentagem significativa, relativamente ao impacto das patologias/lesões na sua vida. As patologias com maior *score* médio total são a Psoríase (9,90), o Lúpus Eritematoso (7,50), a Dermatite Seborreica (6,09) e o Vitiligo (5,55). Zachariae *et al* em 2004, quando compararam os *scores* do DLQI dos diferentes diagnósticos, constataram que a psoríase era das que tinha um *score* mais elevado.¹⁰⁵

Comparando o valor médio do *score* total obtido neste estudo (4,6953), com os resultados obtidos noutros estudos, indica que estamos abaixo da média, o que evidencia que a qualidade de vida parece estar pouco afetada.

Num estudo brasileiro de validação para o Sul do Brasil realizado por Zogbi em 2004 a média encontrada foi de 7,12; nos Estados Unidos foi 6,5 (Hahn *et al.*, 2001); na Dinamarca de 7,9 (Zachariae *et al.*, 2004) e, no estudo de validação do instrumento no Reino Unido, de Finlay e Khan (1994) foi de 7,3.^{9,67,105–107}

Os resultados do EuroQol-5D-5L estão representados na Tabela 12, mostrando para cada uma das cinco áreas abordadas, o número de indivíduos e a percentagem de resposta em função dos problemas.

Tabela 12: Resultados do preenchimento do EuroQol-5D-5L.^{74,77,79,82,108}

		Mobilidade		Cuidados Pessoais		Atividades Habituais		Dor/Mal-Estar		Ansiedade/Depressão	
Problemas		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Não Tenho	497	90,7	522	95,3	486	88,7	314	57,3	288	52,6
	Ligeiros	30	5,5	12	2,2	43	7,8	175	31,9	171	31,2
	Moderados	17	3,1	12	2,2	11	2,0	43	7,8	76	13,9
	Graves	4	0,7	2	0,4	7	1,3	14	2,6	10	1,8
	Extremos	-	-	-	-	1	0,2	2	0,4	3	0,5

Como se observa na Tabela 12, na área de Mobilidade e Cuidados Pessoais, 90,7 e 95,3% dos inquiridos, respetivamente, não apresentam problemas, o que representa a grande maioria. Já nas áreas das Atividades Habituais, 7,8% apresenta problemas ligeiros; Dor/Mal-Estar, 31,9% têm problemas ligeiros, e, 7,8% problemas moderados, por último, na Ansiedade/Depressão, 31,2% têm problemas ligeiros e 13,9% problemas moderados. O valor médio do EQ-VAS, que se refere ao estado de saúde geral é de 76,4818 \pm 21,0622. Tendo em conta que os valores do EQ-VAS variam entre 0 e 100, e que, 0 corresponde à “pior saúde que se possa imaginar” e 100 a “melhor saúde que possa imaginar”, podemos considerar que o estado de saúde geral dos inquiridos é consideravelmente bom.

Na Tabela 13 estão apresentados os distúrbios cutâneos com maior percentagem em cada uma das opções de resposta do EuroQol-5D-5L, no que se refere aos problemas em função das cinco áreas.

Tabela 13: Distúrbios cutâneos prevalentes relativamente aos resultados do EuroQol-5D-5L.^{74,77,79,82,108}

		Distúrbios cutâneos prevalentes				
		Mobilidade	Cuidados Pessoais	Atividades Habituais	Dor/Mal-Estar	Ansiedade/Depressão
Problemas	Não Tenho	FD/ Alopécia /DA/ DS/HL/ Sardas/ Vitiligo (100%)	Acne/ Alopécia/ DA/Estrias /Frieiras/ HL/PE/ Rosácea/ Sardas/ Vitiligo (100%)	Alopécia/ DA/HL/PE/ Rosácea (100%)	Vitiligo (81,8%)	Alopécia (75,0%)
	Ligeiros	LE (40,0%)	LE (20,0%)	Psoríase (23,1%)	DA (51,7%)	PE (50,0%)
	Moderados	LE (20,0%)	LE (10,0%)	LE (20,0%)	LE (40,0%)	LE (30,0%)
	Graves	Varizes/ Derrames (3,8%)	Psoríase (2,2%)	LE/Frieiras (20,0%)	LE (20,0%)	DC (8,7%)
	Extremos	-	-	Cancro de pele (50,0%)	Hiperidrose (25,0%)	PA (6,3%)

Legenda: FD-Fotodermatoses/ DA-Dermatite Atópica/ DS-Dermatite Seborreica/ HL-Herpes Labial/ LE-Lúpus Eritematoso/ PE-Pelos Encravados/ DC-Dermatite de Contacto/ PA-Pé de Atleta.

Observando a Tabela 13, conclui-se que a patologia que apresenta problemas mais graves nas cinco dimensões é o Lúpus Eritematoso, seguindo-se as Varizes/Derrames (3,8%), a Psoríase (2,2%) as Frieiras (20,0%), o Cancro de pele (50,0%), a Hiperidrose (25,0%) a Dermatite de Contacto (8,7%) e o Pé de Atleta (6,3%).

O valor médio do EuroQol *utility score* real calculado a partir do valor padrão do EQ-UK é de 0,8503 \pm 0,1633, enquanto que, o valor médio do EuroQol *utility score* calculado a partir da fórmula é 0,8268 \pm 0,1137.

Utilizou-se o teste de correlação de Spearman para verificar a existência de uma correlação entre valor do EuroQol *utility score* real e o valor do EuroQol *utility score* da fórmula, conforme apresentado na Figura 1.

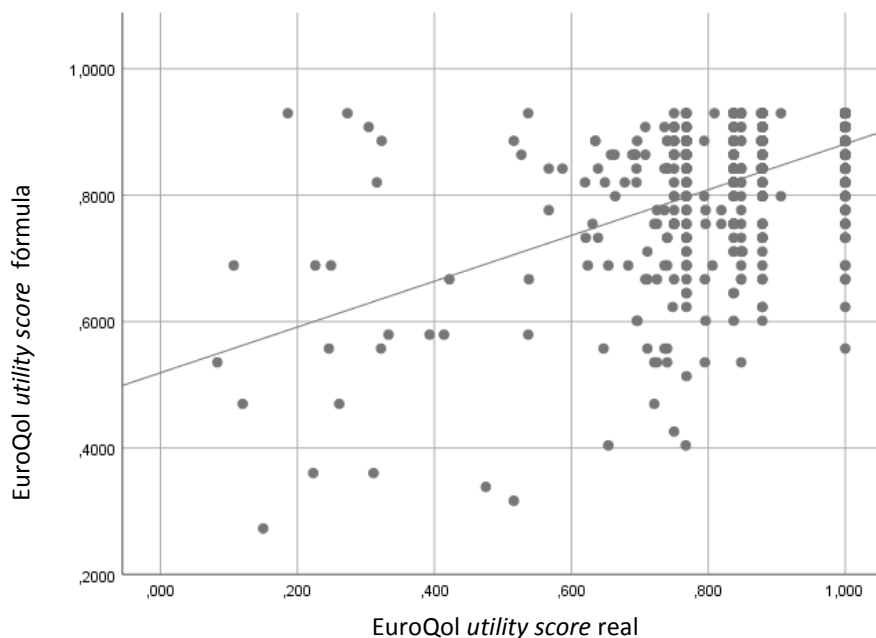


Figura 1: Diagrama de dispersão do valor do EuroQol *utility score* real e do valor do EuroQol *utility score* da fórmula.

Existe uma correlação positiva de intensidade moderada ($p=0,467$) entre os valores do EuroQol *utility score* da fórmula e do EuroQol *utility score* real. Tendo em conta que o valor- $p < 0,001$ e que $\alpha=0,01$, estamos perante um resultado estatisticamente significativo, o que rejeita a H_0 . Ou seja, pode concluir-se que existe uma correlação entre os valores e que, o EuroQol-5D é viável no cálculo de ganhos de qualidade de vida para doenças de pele, corroborando assim o enunciado na H_1 deste estudo.¹⁰⁹⁻¹¹¹

4. Conclusão

Apesar das doenças dermatológicas apresentarem um índice de mortalidade bastante reduzido, causam um impacto psicológico grave e devem ser consideradas um problema de saúde pública. A pele é o nosso “cartão de visita” e o que nos apresenta ao mundo, sendo que muitas vezes o primeiro impacto ou imagem que temos do outro, erradamente ou não, é transmitido através do estado da nossa pele. A área da dermatologia encontra-se bastante negligenciada e esquecida. São poucos os estudos clínicos comparativos que comprovem a eficácia da terapêutica quando aplicada ao ser humano e a informação existente é muito genérica, não se aplicando a casos concretos. O facto das patologias desta especialidade clínica se encontrarem expostas, pois afetam o maior órgão do corpo humano, traz bastantes implicações relacionadas com a qualidade de vida dos doentes. É por isso de extrema importância e urgência que se encontrem estratégias eficazes e seguras que minimizem o sofrimento e impacto psicológico destas doenças na vida dos afetados. Neste aspeto, os questionários validados específicos para doenças de pele e para o estado de saúde em geral, têm um papel fundamental, pois permitem a medição da qualidade de vida através de parâmetros específicos, e auxiliam quer o médico, quer o paciente acerca da melhor estratégia a seguir. Apesar das vantagens destes questionários, os estudos existentes relativamente ao impacto das doenças dermatológicas na qualidade de vida usando concomitantemente o DLQI e o EQ-5D como fontes de informação são escassos, o que evidencia uma lacuna nesta área. Estes estudos têm sido feitos noutros países, mas, em Portugal não existe nenhum estudo publicado acerca desta temática. Os estudos realizados noutros países focam sobretudo a psoríase, mas existem muitas mais doenças dermatológicas, também elas graves e debilitantes quer fisicamente quer psicologicamente, que também devem ser alvo de estudo neste campo. O facto de estes questionários serem anónimos, de fácil preenchimento e compreensão, e compilarem todo um rol de informação de extrema importância nestas patologias, permite quer ao doente sentir-se mais confortável na confissão das suas fragilidades e problemas, quer ao médico ter acesso facilitado a um lote de informação, que, muitas vezes não conseguiria aceder de outra forma. Estes questionários deveriam ser aplicados a todos os portadores de patologias dermatológicas diagnosticados, ao nível dos centros de saúde, unidades de saúde familiar, serviços de dermatologia dos hospitais e mesmo nas farmácias. Os Farmacêuticos e Técnicos de Farmácia possuem conhecimentos e informação para orientar estes

doentes em estratégias não farmacológicas para melhorar os sintomas; detetar alterações cutâneas sugestivas de patologias e encaminhar os doentes ao dermatologista; monitorizar a evolução/alteração da doença nos períodos entre consultas, caso os doentes sejam seguidos periodicamente, e mesmo, aconselhá-los e informá-los acerca de novos e melhores tratamentos dermocosméticos e de MNSRM.

Existem muitas lesões e patologias que não são encaradas pelos doentes como tal, e que muitas vezes são descuradas e ocultadas ao médico. Muitos pacientes ignoram e desvalorizam as lesões, sinais e sintomas, um exemplo disso são patologias como a acne, fotodermatoses, queimaduras, urticária, rosácea que muitos têm, ou acham ter, ou não sabem que têm, mas que nunca consultaram um dermatologista, o que pode também levar a autodiagnósticos e automedicação erróneos bem como mascarar ou atrasar um diagnóstico que poderá acarretar consequências graves. O DLQI deveria ser mais abrangente e não cingir-se apenas à última semana, uma vez que nesse período a doença poderá estar remissiva, o que não significa que fora desse período a mesma não tenha um forte impacto na vida do doente; deveria estar adaptado ao uso nas ilhas; deveria fazer referência à situação profissional do paciente, que muitas vezes, pode ter que ver com a patologia ou influenciá-la; à raça que influencia a prevalência e incidência de várias patologias; ao local de predominância das lesões ou os locais que mais incomodam, pois também influencia em muito a qualidade de vida; caso a patologia seja a dermatite de contacto, evidenciar o alérgeno responsável; enunciar os tratamentos usados no momento. O EQ-5D deveria inicialmente possuir um questionário acerca dos aspetos pessoais e da patologia, caso não seja aplicado conjuntamente com o DLQI.

É notável e ao mesmo tempo incompreensível a falta de informação ainda existente acerca das patologias dermatológicas, o que leva na maior parte das vezes a injustiças e estigmas na forma como os outros lidam com os pacientes. A verdade é que, na maioria das vezes, é esta falta de informação que leva a que estas doenças tomem proporções bastante graves.

Hoje em dia, e devido ao estado da economia do país, cada vez mais as pessoas se veem obrigadas a estabelecer prioridades, mesmo ao nível da saúde, e obrigatoriamente alguns aspetos são descurados. Dá-se mais prioridade ao tratamento de patologias com maior impacto físico e debilitante, do que propriamente àquelas que só acarretam alterações visuais, psicológicas e na qualidade de vida. Trata-se de um problema de saúde pública que pode colocar em risco um elevado número de doentes. Tal facto levanta mais um grande problema na área da dermatologia, pois esta não possibilita a igualdade de acesso ao tratamento a todos os doentes, uma vez que os tratamentos farmacológicos (a maioria), dermocosméticos e estéticos não são

comparticipados. A maioria das patologias cutâneas requiere, para além do tratamento farmacológico, o uso de dermocosméticos adequados à doença e com propriedades que visam hidratar, lavar, nutrir e auxiliar no tratamento farmacológico, acontece que estes produtos não estão acessíveis a todas as pessoas, pois têm custos elevados e que nem todos conseguem suportar. Uma situação são os produtos que visam a beleza estética, outra são os produtos essenciais e imprescindíveis na vida dos doentes com patologias cutâneas, que melhoram o estado da pele, os sintomas e permitem uma maior eficácia dos produtos farmacológicos. A situação da comparticipação destes produtos e terapêuticas deveria ser revista e alterada, estritamente para portadores de distúrbios cutâneos medicamente relatados. Posto isto, e invocando o objetivo deste trabalho, é de extrema importância para a dermatologia e para os doentes que existam dois questionários que se complementam e se correlacionam positivamente, onde se verifica a viabilidade do uso de um questionário geral para o estado de saúde no cálculo de ganhos de qualidade de vida para doenças de pele. Todos se veem de maneira diferente, sentem de maneira diferente, reagem e aceitam de maneira diferente, o que influencia a qualidade de vida numa pessoa, pode ser supérfluo para outra, não há uma forma estandardizada de agir nestas situações, pelo que o auxílio dado por estes questionários no entendimento da perspetiva do doente é um grande passo. Já que tem de se viver e conviver com a doença, ao menos que seja com qualidade de vida.

Este estudo apresentou algumas limitações, nomeadamente o reduzido número de indivíduos do sexo masculino, comparativamente ao feminino; restringir-se na sua grande maioria a indivíduos residentes na zona centro e, a falta de disponibilidade da maioria das instituições e profissionais contactados para divulgar e ajudar no preenchimento dos questionários.

Espera-se que, num futuro próximo, se entenda a importância do uso destes questionários na prática clínica, e que, a sua utilização médica seja uma realidade.

5. Referências bibliográficas

1. Bernardes CA, Magalhães RF, Franca AFE da C, Morcillo AM, Velho PENF. Diagnóstico e Condutas Dermatológicas em uma Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2015;39(1):88-94. doi:10.1590/1981-52712015v39n1e02782013.
2. Weber M, Mazzotti N, Prati C, Cestari T. Aferição da qualidade de vida na avaliação global do paciente dermatológico. *Rev do Hosp Clínicas Porto Alegre*. 2006;26(2):35-44.
3. Motta A, Aun M, Kalil J, Giavina-Bianchi P. Dermatite de contato. *Rev Bras Alerg e Imunopatol*. 2011;34(3):73-82.
4. Azambuja R. Dermatologia integrativa: a pele em novo contexto. *An Bras Dermatol*. 2000;75(4):393-420.
5. Silva JDT da, Müller MC. Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Estud Psicol*. 2007;24(2):247-256. doi:10.1590/S0103-166X2007000200011.
6. Ribeiro de Jesus PB, Santos I dos, Brandão E da S. A autoimagem e a autoestima das pessoas com transtornos de pele: uma revisão integrativa da literatura baseada no modelo de Callista Roy. *Aquichan*. 2015;15(1):75-89. doi:10.5294/aqui.2015.15.1.8.
7. Ludwig MWB, Oliveira M da S, Muller MC, Moraes JFD de. Qualidade de vida e localização da lesão em pacientes dermatológicos. *An Bras Dermatol*. 2009;84(2):143-150. doi:10.1590/S0365-05962009000200007.
8. Oliveira G. Pacientes difíceis en dermatología. *Rev Argentina Dermatologia*. 2015;96(4):1-30.
9. Ludwig M, Redivo L, Zogbi H, Hauber L, Facchin T, Müller M. Aspectos psicológicos em dermatologia: avaliação de índices de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de vida. *Psic*. 2006;7(2):69-76.
10. Cavalcanti J, Cerdeira D, Nunes T, Costa S. Bem estar: a visão feminina sobre o fibro edema gelóide. *Fisioter Bras*. 2013;14(2):93-98.
11. Ludwig M. O adoecimento da pele: um estudo de qualidade de vida, estresse e localização da lesão dermatológica. 2007.
12. Boza JC. Qualidade de vida em pacientes adultos e pediátricos com vitiligo: estudo baseado em questionários de qualidade de vida genéricos e específicos. 2016.
13. Dias ALP, Silva LD da. Perfil do portador de lesão crônica de pele: fundamento a autopercepção de qualidade de vida. *Esc Anna Nery*. 2006;10(2):280-285. doi:10.1590/S1414-81452006000200016.
14. Taborda M, Weber M, Teixeira K, Lisboa A, Welter E. Avaliação da qualidade de vida e do sofrimento psíquico de pacientes com diferentes dermatoses em um centro de referência em dermatologia no sul do país. *An Bras Dermatol*. 2010;81(1):52-56.

15. Coghi SL. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes adultos com dermatite atópica. August 2005. doi:10.11606/D.5.2005.tde-02092005-152844.
16. Brenner FM, Rosas FMB, Gadens GA, Sulzbach ML, Carvalho VG, Tamashiro V. Acne: um tratamento para cada paciente. *Rev Ciências Médicas*. 2006;15(3):257-266.
17. Soares MA, Varandas C. Acne. In: *Medicamentos Não Prescritos: Aconselhamento Farmacêutico*. 2nd ed. Lisboa: Publicações Farmácia Portuguesa, ANF; 2002:477-490.
18. Vaz AL. Acne vulgar: Bases para o seu tratamento. *Rev Port Med Geral e Fam*. 2003;19(6):561-570.
19. Figueiredo A, Massa A, Picoto A, et al. Avaliação e tratamento do doente com acne – Parte II: Tratamento tópico, sistêmico e cirúrgico, tratamento da acne na grávida, algoritmo terapêutico. *Rev Port Clínica Geral*. 2011;27(1):66-76.
20. Costa CS, Bagatin E. Evidências sobre o tratamento da acne. *Diagn Trat*. 2013;18(1):10-14. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=670586&indexSearch=ID>. Accessed April 16, 2014.
21. Figueiredo A, Massa A, Picoto A, et al. Avaliação e tratamento do doente com acne - Parte I: Epidemiologia, etiopatogenia, clínica, classificação, impacto psicossocial, mitos e realidades, diagnóstico diferencial e estudos complementares. *Rev Port Clínica Geral*. 2011;27(1):59-65. http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-71032011000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Accessed April 16, 2014.
22. McElwee KJ, Shapiro J. Promising Therapies for Treating and/or Preventing Androgenic Alopecia. *Skin Therapy Lett*. 2012;17(6):1-4.
23. Mulinari-Brenner, Fabiane Seidel G, Hepp T. Entendendo a alopecia androgenética. *Surg Cosmet Dermatology*. 2011;3(4):329-337.
24. Gordon K, Gordon K, Tosti A. Alopecia: evaluation and treatment. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. July 2011;101. doi:10.2147/CCID.S10182.
25. Machado A, Tacani R, Schwartz J, Liebano R, Ramos J, Frare T. Incidência de fibro edema gelóide em mulheres caucasianas jovens. *Arq Bras Ciências da Saúde*. 2009;34(2):80-86.
26. Vieira de Sá M, Sillveira L, Duarte da Silva M. Efeitos da corrente russa associada ao Ultrassom Terapêutico no tratamento do fibro edema gelóide. *An do Salão Int Ensino, Pesqui e Extensão*. 2015;7(2).
27. Bacelar V, Vieira M. Importância da vacuoterapia no fibro edema gelóide. *Fisioter Bras*. 2006;7(6):440-443.
28. Tacani P, Machado A, Souza D, Tacani R. Efeito da massagem clássica estética em adiposidades localizadas: estudo piloto. *Fisioter e Pesqui*. 2010;17(4):352-357.
29. Brandão D, Almeida A, Silva J, Oliveira R, Araújo R, Pitangui A. Avaliação da técnica de drenagem linfática manual no tratamento do fibro edema gelóide em mulheres. *ConScientiae Saúde*. 2010;9(4):618-624.

30. Valls M das GC, Queiroz, Uniararas Meneghetti CHZ, Giusti HHKD. Análise dos efeitos da eletrolipólise no tratamento do fibro edema gelóide por meio da biofotogrametria computadorizada. *Fisioter Bras*. 2012;13(1):54-58.
31. Adler Y. Sexismo na hipoderme. In: *O Fascinante Mundo Da Pele*. 1st ed. Lua de Papel; 2017:103-104.
32. Guia Prático para o Manejo da Dermatite Atópica – opinião conjunta de especialistas em alergologia da Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. *Rev Bras Alerg e Imunopatol*. 2006;29(6):268-282.
33. Júnior P. Atualização no tratamento da dermatite atópica. *Rev Paul Pediatr*. 2006;24(4):356-362.
34. Lopes C, Duarte A, Correia O, Delgado L. Dermatite atópica, imunidade inata e infecção. *Rev Port Imunoalergologia*. 2014;22(2):147-149.
35. Peiser M, Tralau T, Heidler J, et al. Allergic contact dermatitis: epidemiology, molecular mechanisms, in vitro methods and regulatory aspects. *Cell Mol Life Sci*. 2012;69(5):763-781. doi:10.1007/s00018-011-0846-8.
36. Gomes F. Dermatite Seborreica do adulto e da criança: revisão etiopatogénica e posição nosológica. 2015.
37. Formariz T, Spera L, Urban M, Cinto P, Gremião M. Dermatite Seborreica: Causas, diagnóstico e tratamento. *Infarma*. 2005;16(13-14):77-80.
38. MacGregor J, Wesley N. Striae distensae (stretch marks). 2015.
39. Dolovitsch P, Walter L, Coelho E. Revisão bibliográfica de alterações estéticas corporais: Estrias. In: *Salão Do Conhecimento*. 2016.
40. Sekar C, Srinivas C, Jayashree R. Photodermatoses in India. *Indian J Dermatology, Venereol Leprol*. 2012;78(7):1-8. doi:10.4103/0378-6323.97349.
41. Wolf P. Fotodermatoses. UV-Damage.org. <http://www.uv-damage.org/pt/artigo/Fotodermatoses-Essenciais/a584.aspx>. Published 2013. Accessed November 1, 2016.
42. Tobón M, Rodríguez G. Eritema pernio: una enfermedad misteriosa. *Rev Científicas Univ CES*. 2013;27(1):113-126.
43. Akkurt ZM, Ucmak D, Yildiz K, Yuruker SK, Celik HO. Chilblains in Turkey: a case-control study. *An Bras Dermatol*. 2014;89(1):44-50. doi:10.1590/abd1806-4841.20142376.
44. Neri RF de A, Tosta Silva D, Melo Muniz VRV, Moura Xavier Dantas R, Carneiro Júnior B. Tratamento de herpes labial recorrente associada à infecção: relato de caso. *Rev Bahiana Odontol*. 2014;5(1). doi:10.17267/2238-2720revbahianaodonto.v5i1.285.
45. Celik M, Sucakli MH, Kirecci E, Ucmak H, Ekerbicer HC, Ozturk P. Recurrent herpes labialis among health school students in Kahramanmaraş, Turkey: A cross-sectional survey. *Dermatologica Sin*. 2013;31(2):64-67. doi:10.1016/j.dsi.2012.10.004.

46. Arain N, Paravastu SC, Arain MA. Effectiveness of topical corticosteroids in addition to antiviral therapy in the management of recurrent herpes labialis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infect Dis*. 2015;15(1):82. doi:10.1186/s12879-015-0824-0.
47. Eastham AB, Vleugels RA. Cutaneous Lupus Erythematosus. *JAMA Dermatology*. 2014;150(3):344. doi:10.1001/jamadermatol.2013.10393.
48. Minelli L, Gon A dos S, Magalhães AD, Ferelli A de M, Neves JL. Lúpus eritematoso crônico: uma abordagem clínica, epidemiológica, laboratorial e terapêutica. *Rev Bras Med*. 2013.
49. Ceilley RI. Fungus: New Treatment Options for Toenail Onychomycosis and Tinea Pedis. *Semin Cutan Med Surg*. 2015;34(4S):62-64. doi:10.12788/j.sder.2015.0153.
50. Kumar V, Tilak R, Prakash P, Nigam C, Gupta R. Tinea Pedis-an Update. *Asian J Med Sci*. 2011;2(2):134-138.
51. Ladizinski B, Ramirez-Fort MK, Cohen YK, MBBS CR, Elpern DJ. Pseudofolliculitis barbae: a dermatoscopic correlate. *Dermatol Pract Concept*. 2013;3(2):53-54.
52. Kaliyadan F, Kuruvilla J, Al Ojail H, Quadri S. Clinical and dermoscopic study of pseudofolliculitis of the beard area. *Int J Trichology*. 2016;8(1):40. doi:10.4103/0974-7753.179385.
53. Puhan M, Sahu B. Pseudofolliculitis corporis: A new entity diagnosed by dermoscopy. *Int J Trichology*. 2015;7(1):30. doi:10.4103/0974-7753.153453.
54. Lowes MA, Suárez-Fariñas M, Krueger JG. Immunology of Psoriasis. *Annu Rev Immunol*. 2014;32(1):227-255. doi:10.1146/annurev-immunol-032713-120225.
55. Psoríase. PSOPortugal – Associação Portuguesa da Psoríase. http://www.psoportugal.pt/live/page_reader.php?p=301&t=TyBxdWUgw6k/&g=UHNvcsOtYXNI. Accessed November 1, 2016.
56. Trincheiras M. Rosácea. Derme.pt. <http://www.derme.pt/blog/dermatologia-e-dermocosmetico/rosaceas-tratadas-com-isotretinoína-registam-melhorias-787>. Published 2014. Accessed November 1, 2016.
57. Feldman SR, Huang WW, Huynh TT. Current Drug Therapies for Rosacea: A Chronic Vascular and Inflammatory Skin Disease. *J Manag Care Pharm*. 2014;20(6):623-629. doi:10.18553/jmcp.2014.20.6.623.
58. Stone J. As Sardas São Perigosas? Dermatologista responde a essa e outras perguntas sobre o tema. Clínica Dr Alexandre Lima. <http://www.dralexandrelima.com.br/as-sardas-sao-perigosas-dermatologista-responde-a-essa-e-outras-perguntas-sobre-o-tema/>. Published 2014. Accessed November 1, 2016.
59. Trincheiras M. Varizes. Derme.pt. <http://www.derme.pt/blog/category/varizes>. Published 2015. Accessed November 1, 2016.
60. Anbar TS, Hegazy RA, Picardo M, Taieb A. Beyond vitiligo guidelines: combined stratified/personalized approaches for the vitiligo patient. *Exp Dermatol*. 2014;23(4):219-223. doi:10.1111/exd.12344.

61. Steiner D, Bedin V, Moraes MB, Villas RT, Steiner T. Vitiligo. *An Bras Dermatol*. 2004;79(3):335-351. doi:10.1590/S0365-05962004000300010.
62. Bellei B, Pitisci A, Ottaviani M, et al. Vitiligo: A Possible Model of Degenerative Diseases. *PLoS One*. 2013;8(3):1-12. doi:10.1371/journal.pone.0059782.
63. Basra, Mohamed K. A., Cruz, P., Finlay, Andrew Yule, Piguet, Vincent and Salek M. The Dermatology Life Quality Index (DLQI) and EuroQol-5D (EQ-5D): is there a correlation between these two measures? [Abstract]. *J Invest Dermatol*. 2012;132:S72. doi:10.1038/jid.2012.300.
64. Basra MKA, Salek MS, Camilleri L, Sturkey R, Finlay AY. Determining the Minimal Clinically Important Difference and Responsiveness of the Dermatology Life Quality Index (DLQI): Further Data. *Dermatology*. 2015;230(1):27-33. doi:10.1159/000365390.
65. Basra MKA, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. *Br J Dermatol*. September 2008. doi:10.1111/j.1365-2133.2008.08832.x.
66. Finlay A, Khan G. © A Dermatology Life Quality Index. 1992. www.dermatology.org.uk.
67. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19(3):210-216. doi:10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x.
68. Hongbo Y, Thomas CL, Harrison MA, Sam Salek M, Finlay AY. Translating the Science of Quality of Life into Practice: What Do Dermatology Life Quality Index Scores Mean? *J Invest Dermatol*. 2005;125(4):659-664. doi:10.1111/j.0022-202X.2005.23621.x.
69. Ingordo V, Cazzaniga S, Medri M, et al. To What Extent Is Quality of Life Impaired in Vitiligo? A Multicenter Study on Italian Patients Using the Dermatology Life Quality Index. *Dermatology*. 2014;229(3):240-247. doi:10.1159/000363407.
70. Abbas Z, Ghodsi S, Abedeni R. Effect of itraconazole on the quality of life in patients with moderate to severe seborrheic dermatitis: a randomized, placebo-controlled trial. *Dermatol Pract Concept*. 2016;6(3):11-16. doi:10.5826/dpc.0603a04.
71. Onderdijk AJ, van der Zee HH, Esmann S, et al. Depression in patients with hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2013;27(4):473-478. doi:10.1111/j.1468-3083.2012.04468.x.
72. Singh S, Narang T, Dogra S, Verma A, Gupta S, Handa S. An analysis of dermatological quality-of-life scores in relation to psychiatric morbidity in psoriasis. *Indian Dermatol Online J*. 2016;7(3):208. doi:10.4103/2229-5178.182371.
73. Liu Y, Li T, An J, Zeng W, Xiao S. Rasch analysis holds no brief for the use of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in Chinese neurodermatitis patients. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14(1):17. doi:10.1186/s12955-016-0419-5.
74. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Elsevier Sci Intl*. 1996;37:53-72.
75. Devlin NJ, Krabbe PFM. The development of new research methods for the valuation of EQ-5D-5L. *Eur J Heal Econ*. 2013;14(S1):1-3. doi:10.1007/s10198-013-0502-3.

76. Dolan P. Modeling Valuations for EuroQol Health States. *Lippincott-Raven Publ.* 1997;35(11):1095-1108.
77. EuroQol Group. Portugal (Portuguese) © EuroQol Group EQ-5D™. 2009.
78. Greiner W, Weijnen T, Nieuwenhuizen M, et al. A single European currency for EQ-5D health states. *Eur J Heal Econ.* 2003;4(3):222-231. doi:10.1007/s10198-003-0182-5.
79. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res.* 2011;20(10):1727-1736. doi:10.1007/s11136-011-9903-x.
80. Roset M, Badia X, Mayo N. Sample size calculations in studies using the EuroQol 5D. *Kluwer Acad Publ.* 1999;8:539-549.
81. Shaw J, Johnson J, Coons S. US Valuation of the EQ-5D Health States. *Lippincott Williams & Wilkins.* 2005;43(3):203-220.
82. van Hout B, Janssen MF, Feng Y-S, et al. Interim Scoring for the EQ-5D-5L: Mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L Value Sets. *Value Heal.* 2012;15(5):708-715. doi:10.1016/j.jval.2012.02.008.
83. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port.* 2013;26(6):664-675.
84. Korman N, Zhao Y, Roberts J, et al. Impact of psoriasis flare and remission on quality of life and work productivity: a real-world study in the USA. *Dermatol Online J.* 2016;22(7).
85. Tennvall GR, Norlin JM, Malmberg I, Erlandsson AM, Hædersdal M. Health related quality of life in patients with actinic keratosis – an observational study of patients treated in dermatology specialist care in Denmark. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13(1):111. doi:10.1186/s12955-015-0295-4.
86. Schaller M, Dirschka T, Kemény L, Briantais P, Jacovella J. Superior Efficacy with Ivermectin 1% Cream Compared to Metronidazole 0.75% Cream Contributes to a Better Quality of Life in Patients with Severe Papulopustular Rosacea: A Subanalysis of the Randomized, Investigator-Blinded ATTRACT Study. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2016;6(3):427-436. doi:10.1007/s13555-016-0133-6.
87. Taieb A, Khemis A, Ruzicka T, et al. Maintenance of remission following successful treatment of papulopustular rosacea with ivermectin 1% cream vs. metronidazole 0.75% cream: 36-week extension of the ATTRACT randomized study. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2016;30(5):829-836. doi:10.1111/jdv.13537.
88. Korman N, Zhao Y, Pike J, Roberts J, Sullivan E. Increased severity of itching, pain, and scaling in psoriasis patients is associated with increased disease severity, reduced quality of life, and reduced work productivity. *Dermatol Online J.* 2015;21(10).
89. Zachariae C, Mørk N, Reunala T, et al. The Combination of Etanercept and Methotrexate Increases the Effectiveness of Treatment in Active Psoriasis Despite Inadequate Effect of Methotrexate Therapy. *Acta Derm Venereol.* 2008;88(5):495-501. doi:10.2340/00015555-0511.

90. Rosen CF, Mussani F, Chandran V, Eder L, Thavaneswaran A, Gladman DD. Patients with psoriatic arthritis have worse quality of life than those with psoriasis alone. *Rheumatology*. 2012;51(3):571-576. doi:10.1093/rheumatology/ker365.
91. Brooklyn TN. Infliximab for the treatment of pyoderma gangrenosum: a randomised, double blind, placebo controlled trial. *Gut*. 2006;55(4):505-509. doi:10.1136/gut.2005.074815.
92. Rogers KD, Pilling M, Davies L, Belk R, Nassimi-Green C, Young A. Translation, validity and reliability of the British Sign Language (BSL) version of the EQ-5D-5L. *Qual Life Res*. February 2016. doi:10.1007/s11136-016-1235-4.
93. Webster G. Acne vulgaris. *Br Med J*. 2002;325(7362):475-479.
94. Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica. *Dermatite de Contacto Alérgica*.; 2007. www.spaic.pt/download_publicacoes.php?file=66.
95. Comité Científico da Segurança dos Consumidores - Comissão Europeia. *Perguntas E Respostas: Comissão Lança Consulta Sobre as Fragrâncias Alergênicas*.; 2014. http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-14-108_pt.htm.
96. Carvalho R, Maio P, Amaro C, Santos R, Cardoso J. Hydroxyisohexyl 3-cyclohexene carboxaldehyde (Lyril) as allergen: experience from a Contact Dermatitis Unit. *Cutan Ocul Toxicol*. 2011;30(3):249-250. doi:10.3109/15569527.2011.554484.
97. Kadyk DL, McCarter K, Achen F, Belsito D V. Quality of life in patients with allergic contact dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49(6):1037-1048. doi:10.1016/S0190-9622(03)02112-1.
98. Balkrishnan R, McMichael AJ, Hu JY, et al. Correlates of health-related quality of life in women with severe facial blemishes. *Int J Dermatol*. 2006;45(2):111-115. doi:10.1111/j.1365-4632.2004.02371.x.
99. Moreira F, Fernandes M, Magalhães E. A influência do estresse no desencadeamento e evolução da psoríase. *Brazilian J Surg Clin Res*. 2016;15(1):87-90.
100. Finlay AY. Current severe psoriasis and the Rule of Tens. *Br J Dermatol*. 2005;152(5):861-867. doi:10.1111/j.1365-2133.2005.06502.x.
101. Brito L, Pereira M da G. Variáveis individuais e familiares na psoríase: um estudo com doentes e parceiros. *Psicol Teor e Pesqui*. 2012;28(2):171-180. doi:10.1590/S0102-37722012000200005.
102. Mattje GD, Turato ER. Life experiences with Systemic Lupus Erythematosus as reported in outpatient's perspective: a clinical-qualitative study in Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(4):475-482. doi:10.1590/S0104-11692006000400002.
103. Bezerra E, Vilar M, Barbosa O, et al. Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES): Perfil Clínico-Laboratorial dos Pacientes do Hospital Universitário Onofre Lopes (UFRN-Natal/Brasil) e Índice de Dano nos Pacientes com Diagnóstico Recente. *Rev Bras Reumatol*. 2005;45(6):339-342.
104. Sampaio ALSB, Mameri ÂCA, Vargas TJ de S, Ramos-e-Silva M, Nunes AP, Carneiro SC da S. Dermatite seborreica. *An Bras Dermatol*. 2011;86(6):1061-1074. doi:10.1590/S0365-05962011000600002.

105. Zachariae R, Zachariae C, Ibsen H, Mortensen JT, Wulf HC. Dermatology Life Quality Index: Data from Danish Inpatients and Outpatients. *Acta Dermato-Venereologica - Stock.* 2000;80(4):272-276.
106. Zogbi H. Avaliação de qualidade de vida em pacientes com dermatoses: estudo de adaptação e validação do Dermatology Life Quality Index (DLQI) para uma amostra sul-brasileira. 2004.
107. Hahn HB, Melfi CA, Chuang T-Y, et al. Use of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in a midwestern US urban clinic. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45(1):44-48. doi:10.1067/mjd.2001.110880.
108. Janssen MF, Pickard AS, Golicki D, et al. Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: a multi-country study. *Qual Life Res.* 2013;22(7):1717-1727. doi:10.1007/s11136-012-0322-4.
109. Pocinho M. Estratégias estatísticas de análise de dados. In: *Metodologia de Investigação E Comunicação Do Conhecimento Científico*. 1st ed. Lidel; 2012:110-114.
110. Pocinho M. Testes para amostras relacionadas. In: *Estatística II.* ; 2010:47-49. http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estadistica_II_com_anexos_2010.pdf.
111. Pocinho M. Características da distribuição normal. In: *Estatística-Volume I.* ; 2009:49-55. http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estadistica I.pdf.

6. Glossário de patologias

Acantose *nigricans* – Alteração na epiderme, devido à formação de placas hiperqueratósicas, que tornam a pele das pregas e dobras cutâneas espessa, aveludada e de cor escura.¹

Aftas – Úlcera da cavidade oral, que causa bastante desconforto.¹

Cancro de pele – Alteração nas células da pele, que ao perderem os mecanismos de controlo têm tendência a metastizar.²

Candidíase – Infecção ginecológica fúngica provocada por *Candida albicans*.¹

Cicatrizes – Estrutura que se forma após a lesão da pele, com a finalidade de restabelecer a zona afetada. Caso ocorra de forma anormal, pode levar à formação de quelóides ou cicatrizes hipertróficas, inestéticas e incómodas.^{1,3}

Dermografismo – Tipo de urticária causada por lesões opressivas.⁴

Eczema Disidrótico – Distúrbio que leva ao aparecimento de bolhas nos pés e mãos.⁵

Eritema Nodoso – Doença inflamatória caracterizada pela existência de nódulos vermelhos muito dolorosos sob a pele.⁴

Fotoenvelhecimento – Envelhecimento da pele causado pela exposição à radiação solar.³

Grânulos de Fordyce – Glândulas sebáceas ectópicas que se desenvolvem na mucosa oral e se assemelham a pontos brancos.⁴

Hidrosadenite Supurativa – Doença inflamatória crónica da pele, caracterizada por nódulos subcutâneos inflamatórios que surgem devido a fricção.¹

Hiperidrose – Transpiração anormalmente aumentada.²

Hiperpigmentação – Excesso de produção de melanina em certas partes da pele. Quando acontece na gravidez, adquire o nome de melasma.⁶

Hipomelanose Macular Progressiva – Hipopigmentação nas partes centrais do tronco.⁷

Hirsutismo – Excesso de pilosidade.²

Ictiose Lamelar – Pele extremamente seca, com descamação e fissuras.⁴

Necrobiose Lipoídica – Doença degenerativa do colagénio com reação granulomatosa.⁶

Neurofibromatose – Existência de neurofibromas (tumor benigno) da cor da pele, castanhas ou

rosadas, em qualquer ponto ao longo de um nervo na pele.⁷

Onicomicose – Infecção fúngica das unhas.⁷

Piebaldismo – Distúrbio no desenvolvimento dos melanócitos, caracterizado por regiões despigmentadas localizadas quase simetricamente no peito, no abdómen, nos membros e no couro cabeludo.⁸

Pioderma Gangrenoso – Patologia cutânea crónica de incidência rara, caracterizada por lesões inicialmente pustulosas, nodulares ou bolhosas, que evoluem para úlceras destrutivas, levemente elevadas e de cor púrpura, apresentando um centro necrótico com sangue e pus.⁹

Pitíriase Rósea – Erupção da pele, que provoca um *rash* cutâneo caracterizado por manchas avermelhadas ou rosadas, que provocam prurido intenso.¹

Pitíriase simples – Também denominada caspa seca é uma infecção fúngica do couro cabeludo.¹

Prurigo Estrófulo – Reação de hipersensibilidade à picada de insetos.⁷

Quisto – Lesão esférica, geralmente móvel, indolor, de consistência elástica ou endurecida, cujo conteúdo é constituído por queratina.⁷

Tinea Corporis – Infecção fúngica na superfície corporal.⁷

Urticária – Reação da pele a um estímulo externo, caracterizada por prurido e aparecimento de manchas vermelhas.²

Verrugas – Protuberâncias duras que têm uma superfície rugosa, causadas pelo vírus do Papiloma Humano.¹

¹MD.Saúde

²SaúdeCUF

³Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica

⁴SaúdeMedicina

⁵Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia

⁶Doenças da pele.com.br

⁷Dermatologia.net

⁸Médicos de Portugal

⁹HU Revista

7. Anexos

Anexo I – Questionário Biográfico

Impacto das Doenças Dermatológicas na Qualidade de Vida:DLQI e Euroqol 5D-Correlação

Assinale com um X a opção

Zona de Residência

- ☐ Norte
- ☐ Centro
- ☐ Sul
- ☐ Açores
- ☐ Madeira

Idade

Sexo

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

Habilitações Literárias

- ☐ Não sabe ler nem escrever
- ☐ Não completou o ensino, mas sabe ler e escrever
- ☐ 1º Ciclo (4ª Classe)
- ☐ 2º Ciclo (Ciclo Preparatório)
- ☐ 3º Ciclo (9º Ano)
- ☐ Ensino Secundário (12º Ano)
- ☐ Ensino Superior (Licenciatura)
- ☐ Outro _____

Profissão

Situação Profissional

- ☐ Reformado (a)
- ☐ Desempregado (a)
- ☐ Trabalhador por conta de outrem
- ☐ Trabalhador por conta própria
- ☐ Outro _____

Estado Civil

- ☐ Solteiro (a)
- ☐ Casado (a)/União de Facto
- ☐ Separado (a)/Divorciado (a)
- ☐ Viúvo (a)

Diagnóstico Principal (Apenas UM)

- ☐ ACANTOSE NIGRICANS (escurecimento da pele nas dobras e pregas do corpo, como axilas, virilhas e pescoço)
- ☐ ACNE
- ☐ DERMATITE DE CONTACTO (reação alérgica quando em contacto com medicamentos tópicos, perfumes e outros cosméticos, metais, detergentes, químicos, tintas para o cabelo, brincos, cintos, fivelas de relógio, etc)
- ☐ FOTOSSENSIBILIDADE (alergia ao sol)
- ☐ CALVICIE/OUTRAS ALOPÉCIAS (queda de cabelo ou existência de peladas)
- ☐ CANCROS DE PELE E DERMATOSES PRÉ-CANCEROSAS
- ☐ CANDIDÍASE (infecção fúngica nos órgãos genitais)
- ☐ CELULITE
- ☐ CICATRIZES/QUELÓIDES HIPERTRÓFICOS
- ☐ DERMATITE ATÓPICA (pele seca, vermelha, áspera e a descamar, principalmente na zona das pregas dos cotovelos e joelhos, pulsos e parte dorsal das mãos e pés, pálpebras, lábios, mamilos, área genital e mãos)
- ☐ DERMATITE SEBORREICA (CASPA OLEOSA-mais espessa e de maior dimensão, de cor amarelada, cola-se ao cabelo e ao couro cabeludo e/ou sobrancelhas, laterais do nariz, em torno das orelhas e face anterior do tronco)
- ☐ ESTRIAS
- ☐ FOLICULITE (infecção do folículo piloso)
- ☐ FOTOENVELHECIMENTO (rugos)
- ☐ FRIEIRAS
- ☐ HERPES LABIAL
- ☐ HIPERIDROSE (transpiração excessiva)
- ☐ HIPERPIGMENTAÇÃO (manchas castanhas no rosto)
- ☐ HIRSUTISMO (excesso de pêlos)

- LÚPUS ERITEMATOSO
- MICOSE
- PÉ DE ATLETA
- PÊLOS ENCRAVADOS
- PITIRÍASE SIMPLES (*CASPA SECA-pequena, fina, de cor branca, cai como flocos de neve sobre os ombros*)
- PRURIGO ESTRÓFULO (*alergia a picadas de insectos*)
- PSORÍASE
- QUEILITE ANGULAR (*boqueira*)
- QUISTO (*nódulo com pús no interior*)
- ROSÁCEA (*vermelhidão no rosto*)
- SARDAS
- URTICÁRIA (*comichão que pode levar ao aparecimento de "favocas"*)
- VARIZES/DERRAMES
- VERRUGAS
- VITILIGO
- XEROSE CUTÂNEA (*pele excessivamente seca*)
- Outro _____

Duração da doença

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses a 1 ano
- Entre 1 a 5 anos
- Entre 5 a 10 anos
- Mais de 10 anos

Local de predominância das lesões

Na dermatite de contacto indique o(s) alergénio(s) responsável(eis), bem como o(s) local(ais) mais afectado(s)

Outras Patologias (Se Aplicável)

- ACANTOSE NIGRICANS (*escurecimento da pele nas dobras e pregas do corpo, como axilas, virilhas e pescoço*)
- ACNE
- DERMATITE DE CONTACTO (*reação alérgica quando em contacto com medicamentos tópicos, perfumes e outros cosméticos, metais, detergentes, químicos, tintas para o cabelo, brincos, cintos, fivelas de relógio, etc*)
- FOTOSSENSIBILIDADE (*alergia ao sol*)
- CALVICIE/OUTRAS ALOPÉCIAS (*queda de cabelo ou existência de peladas*)
- CANCROS DE PELE E DERMATOSES PRÉ-CANCEROSAS
- CANDIDÍASE (*infecção fúngica nos órgãos genitais*)
- CELULITE

- CICATRIZES/QUELÓIDES HIPERTRÓFICOS
- DERMATITE ATÓPICA (pele seca, vermelha, áspera e a descamar, principalmente na zona das pregas dos cotovelos e joelhos, pulsos e parte dorsal das mãos e pés, pálpebras, lábios, mamilos, área genital e mãos)
- DERMATITE SEBORREICA (CASPA OLEOSA-mais espessa e de maior dimensão, de cor amarelada, cola-se ao cabelo e ao couro cabeludo e/ou sobrancelhas, laterais do nariz, em torno das orelhas e face anterior do tronco)
- ESTRIAS
- FOLICULITE (infecção do folículo piloso)
- FOTOENVELHECIMENTO (rugas)
- FRIEIRAS
- HERPES LABIAL
- HIPERIDROSE (transpiração excessiva)
- HIPERPIGMENTAÇÃO (manchas castanhas no rosto)
- HIRSUTISMO (excesso de pêlos)
- LÚPUS ERITEMATOSO
- MICOSE
- PÉ DE ATLETA
- PÊLOS ENCRAVADOS
- PITIRÍASE SIMPLES (CASPA SECA-pequena, fina, de cor branca, cai como flocos de neve sobre os ombros)
- PRURIGO ESTRÓFULO (alergia a picadas de insectos)
- PSORÍASE
- QUEILITE ANGULAR (boqueira)
- QUISTO (nódulo com pús no interior)
- ROSÁCEA (vermelhidão no rosto)
- SARDAS
- URTICÁRIA (comichão que pode levar ao aparecimento de "favocas")
- VARIZES/DERRAMES
- VERRUGAS
- VITILIGO
- XEROSE CUTÂNEA (pele excessivamente seca)
- Outro _____

Anexo II – Dermatology Life Quality Index

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA – DERMATOLOGIA (IQV-D)

Forma Experimental Portuguesa, Lisboa, 2004

A preencher pelo(a) médico(a) ou enfermeiro(a):

Instituição/Serviço: _____

Zona: Norte ☐ Centro ☐ Sul ☐

Data: ____ / ____ / ____
 d m a

IQV-D
RB
(Não preencher)

Diagnóstico: Principal _____ Duração da doença _____

Outros _____ Duração da doença _____

A preencher pelo(a) utente:

Idade: ____ Sexo: ____ Escolaridade: ____ Profissão: _____

Estado civil:

Casado(a)/União de facto ☐ Separado(a)/ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Solteiro(a) ☐

QUESTIONÁRIO

A finalidade do QUESTIONÁRIO é avaliar quanto o seu problema de pele o(a) afectou DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Por favor marque UMA resposta a cada uma das 10 perguntas.

Assim: ☒

1.	Na última semana sentiu a pele irritada e mais sensível, comichão ou sensação de picadas?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Na última semana sentiu-se embaraçado(a) ou incomodado(a) por causa do estado da sua pele?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Na última semana até que ponto o seu problema de pele prejudicou a sua vida normal (fazer compras, cuidar da casa, tratar das plantas, etc.)?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não aplicável <input type="checkbox"/>
4.	Na última semana a escolha da roupa que usou teve que ver com o estado da sua pele?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não aplicável <input type="checkbox"/>

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA – DERMATOLOGIA (IQV-D)

Forma Experimental Portuguesa, Lisboa, 2004

5.	Na última semana até que ponto o seu problema de pele afectou o convívio com outras pessoas ou mesmo os seus tempos livres ?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não aplicável <input type="checkbox"/>
6.	Na última semana até que ponto o seu problema de pele o(a) impediu de praticar desporto ?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não aplicável <input type="checkbox"/>
7.	Na última semana o seu problema de pele impediu-o(a) de trabalhar ou estudar ?	Sim Não	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não aplicável <input type="checkbox"/>
	<i>Se a sua resposta foi NÃO, até que ponto a sua pele foi problema no trabalho ou na escola?</i>	Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Na última semana o estado da sua pele criou-lhe problemas no relacionamento com colegas de trabalho , o/a seu/sua companheiro(a) , alguns amigos próximos ou familiares ?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não aplicável <input type="checkbox"/>
9.	Na última semana até que ponto o seu problema de pele afectou a sua vida sexual ?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não aplicável <input type="checkbox"/>
10.	Na última semana até que ponto os tratamentos para a sua pele lhe criaram problemas, por exemplo de sujar a casa ou lhe tomarem demasiado tempo?	Muito Bastante Um pouco Nada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não aplicável <input type="checkbox"/>

POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS, E COM UMA ÚNICA RESPOSTA A CADA UMA.

OBRIGADO.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

© A.Y. Finlay, G.K. Khan, 1992.

Interdita a reprodução, ainda que parcial, do presente documento.

Versão portuguesa autorizada (cpicomt@fpce.ul.pt)

Anexo III – EuroQol-5D-5L



Questionário de saúde

Versão Portuguesa para Portugal

(Portuguese version for Portugal)

Por baixo de cada título, assinale o quadrado que descreve melhor como a sua saúde está HOJE.

MOBILIDADE

- Não tenho problemas em andar ☐
- Tenho problemas ligeiros em andar ☐
- Tenho problemas moderados em andar ☐
- Tenho problemas graves em andar ☐
- Sou incapaz de andar ☐

CUIDADOS PESSOAIS

- Não tenho problemas em me lavar ou vestir ☐
- Tenho problemas ligeiros em me lavar ou vestir ☐
- Tenho problemas moderados em me lavar ou vestir ☐
- Tenho problemas graves em me lavar ou vestir ☐
- Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a ☐

ATIVIDADES HABITUAIS *(ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)*

- Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais ☐
- Tenho problemas ligeiros em desempenhar as minhas atividades habituais ☐
- Tenho problemas moderados em desempenhar as minhas atividades habituais ☐
- Tenho problemas graves em desempenhar as minhas atividades habituais ☐
- Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais ☐

DOR / MAL-ESTAR

- Não tenho dores ou mal-estar ☐
- Tenho dores ou mal-estar ligeiros ☐
- Tenho dores ou mal-estar moderados ☐
- Tenho dores ou mal-estar graves ☐
- Tenho dores ou mal-estar extremos ☐

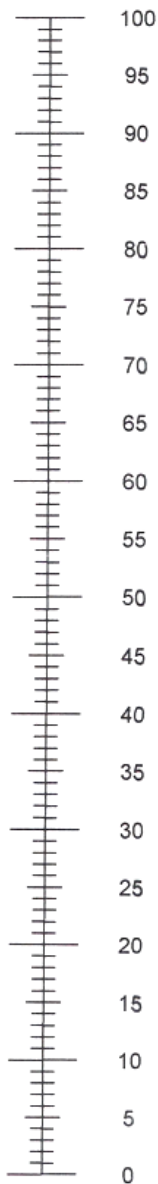
ANSIEDADE / DEPRESSÃO

- Não estou ansioso/a ou deprimido/a ☐
- Estou ligeiramente ansioso/a ou deprimido/a ☐
- Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a ☐
- Estou gravemente ansioso/a ou deprimido/a ☐
- Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a ☐

- Gostaríamos de saber o quanto a sua saúde está boa ou má HOJE.
- A escala está numerada de 0 a 100.
- 100 significa a melhor saúde que possa imaginar.
0 significa a pior saúde que possa imaginar.
- Coloque um X na escala de forma a demonstrar como a sua saúde se encontra HOJE.
- Agora, por favor escreva o número que assinalou na escala no quadrado abaixo.

A SUA SAÚDE HOJE =

A melhor saúde
que possa
imaginar



A pior saúde que
possa imaginar

Anexo IV – Modelo de Consentimento Informado



ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE COIMBRA

QUESTIONÁRIO

Nº DE REFERÊNCIA

--	--	--	--

Impacto das doenças dermatológicas na qualidade de vida: DLQI e Euroqol-5D-Correlação

Modelo de Consentimento Informado

No âmbito da disciplina «Trabalho de Projecto Original I» do mestrado em Farmácia, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, pretende-se realizar um estudo para a avaliação da qualidade de vida em doentes com patologias dermatológicas. Para esse efeito, solicitamos a sua colaboração na resposta a algumas questões. Asseguramos, desde já, o anonimato e a confidencialidade das respostas, bem como, a garantia da utilização dos dados apenas para fins académicos.

Antecipadamente gratos pela vossa colaboração.

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO

DISCENTE: _____

ORIENTADOR: _____

Declaro que concordo com o que foi proposto e explicado pela Equipa de Investigação, tendo ficado esclarecido sobre o assunto. Autorizo a realização do acto indicado nas condições em que me foram explicadas.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____